AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT BASEL
(VORSTEHER: PROF. DR. J. E. STAEHELIN)

ÜBER PERIODISCHE PSYCHOSEN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT BASEL

VORGELEGT VON

LOUIS BLANKART
LUZERN

DRUCK DER POLYGRAPHISCHEN GESELLSCHAFT LAUPEN BEI BERN
1934

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT BASEL
(VORSTEHER: PROF. DR. J. E. STAEHELIN)

ÜBER PERIODISCHE PSYCHOSEN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT BASEL

VORGELEGT VON

LOUIS BLANKART
LUZERN

DRUCK DER POLYGRAPHISCHEN GESELLSCHAFT LAUPEN BEI BERN
1934

Von der
medizinischen Fakultät der Universität Basel genehmigt auf Antrag
von Herrn Prof. *J. E. Staehelin.*

Tag der Promotion:
17. November 1932

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

ÜBER PERIODISCHE PSYCHOSEN

Einleitung.

Vorliegende Arbeit stellt einen Beitrag zur Kenntnis der periodischen Psychosen dar. Die Beobachtungen und Untersuchungen erstrecken sich auf sieben Fälle, die sich schon seit Jahren in der Heil- und Pflegeanstalt St. Urban befinden. Sie fallen durch periodisch wiederkehrende Erregungszustände auf, die plötzlich und mit großer Regelmäßigkeit einzusetzen pflegen, so daß sogar das Pflegepersonal auf das sogenannte Umkippen, Umschlagen wartet. Es handelt sich zum Teil um Fälle, die diagnostisch erhebliche Schwierigkeiten bereiteten und auch jetzt noch bieten. Schon die Durchsicht der Krankengeschichten zeigt, abgesehen von der Periodizität, eine außerordentliche Verschiedenheit des Krankheitsbildes. Wenn in vorliegender Arbeit diese Fälle zusammengefaßt und einer eingehenderen Untersuchung unterzogen werden, so geschieht es, weil bei genauerer Durchforschung dieser Fälle sich doch gemeinsame Züge auffinden lassen, und weil die Periodizität besonderer Art zu sein scheint.

Herrn Prof. J. E. Stähelin möchte ich an dieser Stelle für die Leitung der Arbeit, für die Anregungen sowie für das Interesse, welches er ihr schenkte, meinen aufrichtigsten Dank aussprechen. Ebenso fühle ich mich Herrn Dr. med. J. Wyrsch, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt St. Urban, mit dessen Erlaubnis ich als Abteilungsarzt in den Jahren 1930—1932 die Arbeit ausführen konnte, für seine Ratschläge zu besonderem Dank verpflichtet.

Fall 1.

B. G., 55jährig, Kupferschmied.

Vater Drahtzieher, von schmächtigem Körperbau, ein Sonderling und Trunkenbold, der in den letzten Jahren vor seinem Tode regelmäßig jeden Samstag und Sonntag sich zu Hause einen „Kanonenrausch“ antrank, zweimal heiratete und 56jährig an einer Lungenentzündung starb. Die Mutter stammte aus einer Bauernfamilie, soll eine große, rundliche Person gewesen sein. Die Angaben über ihren Charakter sind sehr verschieden; nach der einen war sie ganz normal, tüchtig, gutmütig und heiter, nach der andern war sie sonderbar, starb 52jährig an einer Herzkrankheit. Die Großeltern beiderseits waren Bauern; der Großvater vs. wurde in spätern Jahren Fabrikarbeiter, war ein ernster Mann. Ein Bruder von ihm soll geisteskrank gewesen sein. Von den zwei Stiefgeschwistern wird uns der Stiefbruder als sehr beliebter, heiterer, freundlicher Mann von pyknischem Körperbau geschildert. Die Stiefschwester starb an einem Herzfehler. Vs. kommen in der weitern Verwandtschaft (4. und 5. Grad) ein Fall von Katatonie vor, der lange Zeit in der Anstalt interniert war und mit Defekt entlassen werden konnte; eine senile Melancholie, zwei Fälle von Geistesschwäche, zwei von „Geistesgestörtheit“, drei, welche die Bezeichnung Melancholie und ausgeprägter Wahnsinn tragen. Doch liegt die Erkrankungszeit all dieser Fälle soweit zurück, daß die Angaben nicht mehr kontrolliert werden konnten.

Patient ist das älteste Kind aus zweiter Ehe. Ein Bruder, Schneider von Beruf, ist mager, schlank, von Charakter solid, gutmütig, fleißig, ein stiller Arbeiter. Zwei Töchter von ihm sind ebenfalls schlank, grazil gebaut. Ein weiterer Bruder, Kostgebereibesitzer, ist groß, fest, mit rundem Gesicht, von gutmütig freundlichem Wesen. Eine Schwester ist ebenfalls groß und fest, in Kanada verheiratet, war stets heiter und unternehmend. Eine zweite Schwester (das jüngste Kind) soll mager, schlank, grazil sein und einen stillen, ernsten Charakter haben; sie war von

jeher sehr fromm, fast übermäßig religiös, soll auch einmal schwermütig gewesen sein. Sie heiratet 1910, wird aber von ihrem Mann nach einigen Jahren verlassen, seither beginnt sie zu „studieren“; 1924 treten im Anschluß an Schwierigkeiten, die sie mit einem Zimmerherrn hat (sie glaubt, dieser wolle sie aus der Wohnung bringen), Zeichen geistiger Störung auf. Man findet sie in großer Aufregung, sie glaubt, das Haus brenne, verbrennt Banknoten, gibt sich als Jüngerin Johannes des Täufers aus und will die andern Leute bekehren. Sie kommt dann in die Irrenanstalt Burghölzli, wo sie anfänglich sehr unruhig und gewalttätig ist; sie beklagt sich, daß man sie schlecht und schwach gemacht habe, glaubt, man wolle sie umbringen und sieht Schlangen im Bett, will auch nachts ihren Mann öfters gesehen und gehört haben. Ihr Zustand bessert sich nach einigen Tagen, doch zeigt Patientin keine Einsicht, kann auch keine Erklärung und keinen verständlichen Zusammenhang in bezug auf den „delirösen“ Zustand geben. Sie wird nach etwa einem Monat mit der Diagnose Katatonie aus der Anstalt entlassen. Kann seither ihren Beruf als Gouvernante ausüben, ist aber stets etwas „nervenschwach“ und sonderbar (Rohköstlerin).

Patient machte in der Schule gute Fortschritte. Nach Absolvierung von sieben Klassen zwei Jahre Kupferschmiedlehrling, dann in verschiedenen Stellen als Geselle, seit 1908 mit kurzen Unterbrechungen immer beim gleichen Meister. In der Jugend heiter, fröhlich, lebhaft, Mitglied des Jünglingsvereins und einer Musikgesellschaft, später sehr aktives Mitglied der Sozialdemokratischen Partei, sehr eifrig hierfür Propaganda machend, wird Hilfskassier der Gewerkschaft. 1910 Heirat mit einer Krankenschwester, Trinkerin, adoptiert deren uneheliches Kind und tritt ihretwegen vorübergehend in einen Abstinentenverein.

Abgesehen von den Masern in der Kindheit und vorübergehenden Magenbeschwerden im 39. Lebensjahre immer gesund, solid, arbeitsam, fast knauserig, mäßiger Raucher.

Mitte April 1900 plötzlich erregt, Verfolgungsideen, glaubt sich von Freimaurern verfolgt, meint, es gebe Krieg, schreit um Hilfe und verbarrikadiert sich, Schlaflosigkeit. Die Einlieferung in die Anstalt wird notwendig.

1. Aufenthalt in St. Urban vom 17. IV. 1900 bis 22. V. 1901.

Beruhigt sich nach wenigen Tagen, ist klar, vernünftig, einsichtig und zufrieden; arbeitet. Nach einem Monat plötzlich wieder erregt, lärmend, polternd, sinnloses Herumrennen, verwirrt, wahrscheinlich Halluzinationen des Gehörs. Nach einigen Tagen wiederum ruhig und klar wie vorher. Am 15. Juni ein neuer Erregungszustand, gereizte Stimmung, Ideenflucht, Selbstgespräche, Grimassieren, äußert, er sei wegen politischen Umtrieben in die Anstalt verbracht worden; Tendenz zum Zerstören und zu Gewalttätigkeit. Anfang Juli wiederum geordnet und klar, arbeitet fleißig.

Dann folgen sich in kurzen Abständen periodische kurzdauernde Erregungszustände: „Der Patient wird jeweils zuerst moros, gibt gern protzige Antworten, zeigt starren Blick, dann folgt innerhalb kurzer Zeit der Ausbruch der eigentlichen Psychose mit psychomotorischer Aufregung maniformen Charakters, wobei er gereizt und frech ist, unruhig herumvagiert und außerordentlichen Tatendrang mit Zerstörungssucht an den Tag legt. Nach einigen Tagen ist er überheiter jovial, ausgelassen, zügellos und wiederum nach einigen Tagen wird er allmählich ruhiger, zeigt Tendenz zum Schlafen und dann geht es langsam wieder in Luzidität über."

1901 am 22. Mai wird er gegen ärztlichen Rat nach Hause entlassen. Diagnose: Periodische Manie.

2. Aufenthalt in St. Urban vom 8. VI. bis 22. IX. 1901.

Über die Zwischenzeit ist nichts bekannt. Ist seit drei Tagen in einem tobenden Zustand und wird deshalb von der Polizei in die Anstalt eingeliefert. Über den Verlauf der Krankheit wissen wir nichts Näheres. Am 22. September wieder als geheilt entlassen.

3. Aufenthalt in St. Urban vom 15. III. bis 16. IV. 1912.

Hat in der Zwischenzeit in seinem Berufe gearbeitet und geheiratet; unauffälliges Benehmen.

Seit acht Tagen aufgeregt, schlaflos, trinkt viel, glaubt sich von Kapitalisten verfolgt.

In der Anstalt erregt, schimpft gegen die staatliche Ordnung,

ist unrein, ißt mangelhaft. Nach 10 Tagen ruhig, vernünftiges Benehmen. Am 16. April als geheilt entlassen.

4. Aufenthalt in St. Urban vom 1. XI. bis 8. XII. 1912.

Bis 14 Tage vor Einlieferung unauffällig; dann fängt er an zu politisieren, arbeitet nicht mehr viel, trinkt übermäßig, bedroht sogar einmal seine Frau mit dem Messer, wird deshalb arretiert und nach St. Urban verbracht.

Hier anfänglich unruhig, lacht einfältig, wälzt sich im Bett herum, hält sozialistische Reden. Nach einigen Tagen manischer Erregung tritt Ruhe ein. Patient benimmt sich wieder geordnet und verständig und wird am 8. Dezember als geheilt entlassen. Diagnose: Amentia halluzinatoria periodica.

5. Aufenthalt in St. Urban vom 19. III. 1913 bis 8. IV. 1914.

Bis drei Wochen vor dem Eintritt nichts Auffälliges. Dann wird er redselig, trinkt, hält sozialistische Reden in bürgerlichen Wirtschaften; nie bösartig. Am 17. November wird er provisorisch in das Kantonsspital und von hier nach St. Urban versorgt.

Beim Eintritt erregt, glaubt sich wegen seines politischen Standpunktes verfolgt, halluziniert, spielt mit dem Leintuch und dem Teppich, nimmt theatralische Stellungen ein.

Anfangs Dezember wieder ruhig, einsichtig. Ende Dezember unruhig, gesprächig, zerfahren, muß in einer Zelle isoliert werden, ist gehobener Stimmung. Bis Mitte Februar 1914 mehr oder weniger erregt. Vorübergehend kurze, klare Momente, dann tritt allmählich eine gewisse Besserung ein. Krankheitseinsicht mangelhaft.

Am 8. April als geheilt entlassen.

6. Aufenthalt in St. Urban vom 24. VII. bis 14. VIII. 1918.

Über die Zwischenzeit nichts bekannt. Arbeitet seit acht Tagen nicht mehr, macht in den Wirtschaften Skandal. Im Arrest tobt er und schlägt die Fensterscheiben ein; wird von der Polizei nach St. Urban gebracht.

Nach einigen Tagen ruhig, arbeitet selbständig in der Schlossereiwerkstätte der Anstalt.

Am 14. August als geheilt entlassen.

7. Aufenthalt in St. Urban vom 30. X. 1918 bis 2. I. 1919.

Wird von der Polizei aus dem Arrest in die Anstalt verbracht. Beim Eintritt etwas deprimiert, gibt wenig Auskunft; in der folgenden Nacht unruhig, wird isoliert. Später weinerlich gestimmt. Anfangs November ruhig. Ende November wieder ein Erregungszustand, wobei er räsoniert, kritisiert und schimpft. Anfangs Dezember wieder ruhig, arbeitet.

Am 9. Dezember wird er bevormundet. Diagnose: Schizophrenie.

Ende Dezember erregt, will sozialistische Broschüren schreiben, drängt nach Hause.

Am 2. Januar 1919 wird er als geheilt entlassen.

8. Aufenthalt in St. Urban vom 29. I. 1919 bis 8. IV. 1920.

Laut Polizeirapport seit 10 Tagen vom „politischen Wahnsinn" befallen. Demoliert zu Hause in der Erregung Spiegel, Tische und Stühle, bedroht die Frau. Wird wegen Tobsuchtsanfall in die Irrenanstalt überführt.

Anfänglich sehr schwatzhaft, unruhig, äußert die gewohnten sozialistischen Ideen. Nach einigen Tagen wieder ruhig und besonnen. Anfangs März ein Aufregungszustand mit Schimpfereien, halluziniert, spielt mit der Decke, spricht ganz zerfahren. Anfangs April wieder ruhig. Mitte Mai ein gewohnter Erregungszustand, ebenso Mitte Juli und Mitte August.

Am 21. September auf eine ruhige Abteilung versetzt, muß aber schon nach einigen Tagen wegen erneuter Erregung zurückversetzt werden. Wird isoliert, ist schwatzhaft, faltet und wälzt die Bettdecke umher. Beruhigt sich wieder. Anfangs Dezember neuer Erregungszustand, schmiert sogar, heiter, zerfahren.

So wechseln kurze ruhige Perioden mit länger dauernden Erregungen bis Ende März 1920.

Am 8. April wird er als geheilt entlassen.

9. Aufenthalt in St. Urban vom 26. I. bis 10. IV. 1926.

Da Patient in der Zwischenzeit seinem Vormund während vier Jahren nie Anlaß zu Klagen gibt, wird die Vormundschaft aufgehoben. Im Oktober und November 1925 äußert Patient allerlei Pläne, ergibt sich wieder dem Trinken, arbeitet immer

unregelmäßiger. Anfangs Dezember bekommt er Streit mit seinem Meister und kündigt ihm nach kurzem Wortwechsel, in der Wohnung macht er Lärm.

Im Januar 1926 liegt er 20 Tage zu Bett, ist vorübergehend einige Tage deprimiert, ruhig. Gegen Ende Januar jedoch wieder sehr geschäftig, schließt allerlei Käufe ab, die später rückgängig gemacht werden müssen, schreibt grobe Briefe voller Drohungen an seinen Meister. Auf Reklamation von verschiedener Seite muß die Vormundschaftsdirektion einschreiten, und Patient wird mit der Diagnose: „Neuer Anfall von Schizophrenie" nach St. Urban eingewiesen.

Hier zeigt Patient die erste Zeit lebhaftes Wesen und recht gehobene Stimmung; den ganzen Tag hat er zu reden; er macht einen hypomanischen Eindruck. Es fehlt ihm jede Einsicht in das Krankhafte seines Benehmens, versucht jedermann von seiner glänzenden Zukunft zu überzeugen: er werde jetzt Meister werden, das Meisterstück werde auf die Universität für Kupferschmiede in Hannover geschickt werden, ein Haus habe er schon gekauft, er werde auch heiraten, nach St. Urban sei er nur wegen Formalitäten gekommen. Er glaubt sich von der liberalen Partei und den Freimaurern verfolgt; diese machen, daß er länger in St. Urban bleiben muß als nötig. In seinem Verhalten gegenüber den Ärzten und der Anstalt aber recht freundlich, affektiv ganz gut ansprechbar. Für sein Benehmen hat er allerlei Ausreden; so entschuldigt er sein erregtes Umherlaufen damit, daß er immer Sport getrieben habe und herumgehen müsse, weil ihm sonst die Beine einschlafen.

Ende Februar wird Patient begutachtet. Auf Grund der Krankengeschichte und des damaligen Krankheitsbildes wird die Diagnose „manisch-depressives Irresein" gestellt. Es werden drei manische Perioden angenommen: Mai 1900 bis September 1901, November 1912 bis April 1914, Juli 1918 bis April 1920. Dem Gutachten sind ferner folgende wesentliche Feststellungen zu entnehmen: „Patient zeigt sich stets orientiert in Ort und Zeit, Sinnestäuschungen waren nie nachweisbar und werden auch negiert, körperliche und neurologische Untersuchung ergibt keinen erwähnenswerten Befund. In den gesunden Zeiten keinerlei Defektsymptome, es bestehen keine Manieren, keine Stereotypien,

der Kern der Persönlichkeit ist trotz allem erhalten. Gegenwärtig läßt sich nichts Schizophrenes nachweisen.“ Patient wird unter Beiratschaft gestellt.

Mitte März tritt Besserung ein. Patient ist wieder ruhig und arbeitet fleißig. Am 10. April wird er als geheilt entlassen.

10. Aufenthalt in St. Urban vom 26. VI. 1926 bis 23. IV. 1928.

Ende April 1926 wird Patient rückfällig und sein Zustand verschlimmert sich soweit, daß er am 26. Juni in die Anstalt überführt werden muß.

Anfänglich wieder sehr unruhig, namentlich nachts, redet laut und singt in der Zelle, zeitweise macht er aber einen ganz introvertierten Eindruck, zupft an seinem Bettzeug herum, ballt die Wäsche zusammen, redet ganz inkohärent, bietet ein schizophrenes Krankheitsbild; doch ist er zwischendurch wieder ansprechbar. Man kann wider Erwarten eine Diskussion mit ihm führen und seine Affekte mobilisieren.

Mitte Juli ist er wieder ruhig; er weiß selbst nicht, was mit ihm die letzte Zeit vorgegangen, er glaubt, er habe wohl so eine Art Verfolgungswahn gehabt. In seinen Briefen zeigt sich aber noch immer die gleiche Einsichtslosigkeit, Kritiklosigkeit und Queruliersucht wie früher.

Anfangs September wieder eine leichte Erregungsphase mit Schimpfen und Politisieren. Mitte September macht er wieder einen ganz schizophrenen Eindruck. Mitte November weiterer Erregungszustand mit Schimpfen, Reklamieren, Schreibwut; nach einigen Tagen bietet er ein katatones Zustandsbild mit Katalepsie, Mutismus, Halluzinationen, ganz dissoziierten Reden, daneben jedoch Ansprechbarkeit und manische Lebhaftigkeit. Ende November wieder eine kurze Erregungsphase. Läuft ganz steif im Gang herum, nachts unruhig, Selbstgespräche; dann tritt allmählich Beruhigung ein und da Patient sich über die Wintermonate gut verhält, so erfolgt probeweise Entlassung im März. Aber schon nach wenigen Tagen ist er wieder im manischen Fahrwasser und muß wieder eingeliefert werden.

Dann zeigt Patient wieder abwechselnd erregte und ruhige Phasen; in den erstern zeigt er sich oft kataton, in den letztern ist er ganz unauffällig, zugänglich, ruhig und einsichtig. „Die

luziden Intervalle sind von stunde- bis tagelanger Dauer, aber auch wenn er umschlägt und von weitem ganz den Eindruck eines halluzinierenden, posenhaften Katatonikers macht, ist man immer wieder erstaunt, wie er dann im selben Moment wieder ganz gut ansprechbar sein kann und sich seiner fast stereotypen, posenhaften Manieren entledigt. Wenn man ihn gar gut antrifft, möchte man immer wieder glauben, nun sei alles gut, so nett und klar zeigt sich Patient, aber am nächsten Tage hat es wieder umgeschlagen. Aber trotz der so häufigen Erregungen und allen oft recht kataton anmutenden Zustandsbildern hatte man nie den Eindruck, als ob Patient dadurch gelitten hätte. Wenn er wieder ruhig ist, ist er der gleiche B. wie früher. Es wird durch dieses weitere Verhalten die Diagnose manisch-depressive Mischpsychose befestigt."

Dieser stete Wechsel von guten und schlechten Phasen hält während des ganzen Jahres 1927 an und dauert noch bis in den April 1928. Im Januar und auch im Februar hat Patient je eine sonderbare Attacke mit Fieber, Somnolenz und Versagen der Zirkulation.

Am 23. April 1928 wird er als sozial geheilt entlassen.

11. Aufenthalt in St. Urban vom 14. VI. 1928 bis 13. V. 1929.

In der Zwischenzeit sehr unstet, ist nur kurze Zeit in einer Stelle, dann vorübergehend im Arbeitsheim Dietisberg, dann wandert er auf eine Alp, um eine Milchkur zu machen, wird vom Vormund ausfindig gemacht und wieder nach St. Urban versorgt.

Beim Eintritt präsentiert er sich im Wandervogelkostüm, schimpft über die Vormundschaft, redet ziemlich viel. Anfänglich ist er sehr erregt, zeigt Beschäftigungsdrang, schreibt Briefe, singt, lärmt, grimassiert und muß isoliert werden. Beruhigt sich aber bis zum 20. Juni wieder und benimmt sich von da an geordnet und verständig.

Mitte Juli wiederum ein Erregungszustand mit Schreibwut, Queruliersucht, Ideenflucht und Schmierlust. Zwischenhinein schläft er tief ermüdet von der Erregung oder lallt, ganz heiser vom andauernden Reden, vor sich hin, muß nachts immer Schlafmittel haben. Anfangs August wieder ruhig, besonnen, ver-

nünftig, sieht aber müde und abgemagert aus, ist wortkarg, liegt viel herum, fühlt sich schwach. Ende August wieder ein gleichartiger Erregungszustand, 10 Tage dauernd, zeitweise euphorisch, redet daneben. Dann wieder eine ruhige Phase, rückt zur Arbeit aus. Ende Oktober ist Patient wieder lebhafter, reklamiert und schimpft in Wort und Schrift über den Vormund.

Am 2. November gelingt es ihm, aus der Anstalt zu entfliehen, geht nach Luzern zur Vormundschaftsbehörde, reklamiert dort und wird von derselben wieder zurückgebracht in stark manisch-erregtem Zustande. Dieser Zustand dauert wieder bis Mitte Januar 1929. Er redet in einemfort, schmiert auch und zerreißt Kleider, macht gerne Späße, ist dabei gut orientiert, muß dauernd Beruhigungsmittel haben.

Von da an ruhig, arbeitet wieder und wird am 13. Mai 1929 als gebessert entlassen.

12. Aufenthalt in St. Urban vom 19. VIII. 1929 bis heute.

In der Zwischenzeit sucht Patient eine Stelle in Zürich anzutreten, bleibt aber nur wenige Tage dort, erklärt seinem Vormund, daß er nicht arbeiten könne, weil er noch zu schwach sei. Kommt dann in ein Männerheim, fängt wieder an zu trinken, wird in eine Schlägerei verwickelt und verletzt, schreibt beleidigende Briefe und offene Postkarten an mißliebige Personen, will sich der Hausordnung nicht fügen und wird darum wieder in die Anstalt geschickt.

Beim Eintritt: in einem seiner gewohnten Erregungszustände, lacht, spricht verworrenes Zeug, redet auf Befragen meist daneben; im Bett und im Bad wälzt er sich ständig herum und ist überhaupt motorisch stark erregt, grüßt wie früher bei der Visite immer militärisch. Wenn er auch danebenspricht und verwirrt erscheint, bekommt man doch den Eindruck, daß er orientiert ist, denn er achtet auf alles, was um ihn vorgeht, knüpft daran Redensarten, welche mit den beobachteten Ereignissen in einem gewissen Zusammenhang stehen; ist in der Zelle isoliert und muß Beruhigungsmittel haben.

Ende August ist er wieder ruhig; anfangs September wieder ein Erregungszustand gewohnter Art. Ende September wieder

ruhig, zeigt besonnenes Verhalten. Mitte Oktober wieder eine erregte Phase.

1930 Mitte Januar wieder ruhig, ist zeitweise depressiv, starrt mit müdem Blick vor sich hin, gibt aber auf Befragen ordentlich Auskunft. Von da an immer wieder gleichartige Erregungszustände, die unterbrochen sind von ruhigen Perioden von 2—10tägiger Dauer.

Eigene Beobachtung seit Januar 1931.

Patient macht im Verlaufe des Jahres 1931 rund 15 Erregungsperioden durch von einer durchschnittlichen Dauer von 10 Tagen. Die kürzeste beträgt sieben, die längste 15 Tage. Die ruhigen Zwischenstadien dauern im Durchschnitt 11 Tage, die kürzeste ruhige Phase beträgt drei, die längste 23 Tage.

Der Umschwung von der ruhigen in die erregte Phase erfolgt oft plötzlich über Nacht, unbemerkt, indem man den am Abend ruhigen Patienten morgens hochgradig erregt in der Zelle findet. Andere Male wieder fallen schon 1—3 Tage vorher kurzdauernde, leichte Erregungen auf; er läuft z. B. stundenlang in lebhaftem Tempo im Gange hin und her oder redet bei der Arbeit vor sich hin. Spricht man ihn an, so findet man seinen Gesichtsausdruck etwas gespannt, der Blick verrät eine gewisse Gereiztheit, durch eine freundliche Frage ist er jedoch wieder zu beruhigen. Aber eine gewisse Angst, man könnte eine Explosion provozieren, und die Befürchtung, der Umschwung sei bereits eingetreten, bekommt man nicht los. Auch kann man feststellen, daß gegen Ende der ruhigen Periode eine gewisse Gesprächigkeit auftaucht, sich allmählich steigert bis zum ideenflüchtigen Gerede, doch ist dabei der affektive Rapport immer noch gut und die Einstellung des Patienten zur Umgebung ebenfalls.

Der Umschlag von der Erregungsphase in die ruhige Phase erfolgt eher allmählich im Laufe von 2—3 Tagen, wobei die Erregung sukzessive nachläßt, Patient momentweise wieder fixierbar und zugänglich ist.

Erregungsphase:

Verläuft stets gleichartig. Er bringt sie meist in der Zelle und im Gitterbad zu. Dominierend ist die hochgradige motorische

Erregung des Patienten. Stundenlang, ja tage- und nächtelang ist er andauernd in Bewegung, das Leintuch togaartig, kunstvoll um seine kleine Gestalt geschlungen, wandert er mit stampfendem, steifem Gang in der Zelle umher, macht dabei allerlei Faxen und Grimassen, tastet die Wände ab, rollt und faltet emsig Bettdecke und Leintücher oder schleudert sie mit wilder Gebärde in der Zelle umher, selten steigert sich die Erregung soweit, daß er zerreißt und schmiert. Er muß oft im Gitterbad gehalten werden, wobei er alles Wasser ausschöpft, in der Badewanne herumturnt und erregt vor sich hin spricht. Meist beachtet er dabei die Umgebung wenig, d. h. er sucht keinen Kontakt mit andern Personen, aber er spielt mit allerlei Gegenständen seiner Umgebung und hat an allem etwas herumzufingern. Die Stimmung während der Erregungsperiode ist meist gereizt; zwischenhindurch in seinen Selbstgesprächen ist sie oft euphorisch, er lacht und freut sich an seinen Aussprüchen und Wortspielen. Motorische sowie auch einzelne sprachliche Äußerungen wiederholen sich regelmäßig in den Erregungsphasen. Spricht man ihn an, so gibt er keine Antwort, ist mutistisch oder wird ganz wild und gibt eine stereotype, gereizte oder schnodderige Antwort: „Mach, daß zum Tüfel chunsch, gang nach Paris, du chaibe Dokter, du Schnuderbueb.“ Sagt man zu ihm, er müsse sich schonen, fährt er fort: „Gang nach Schongau, du chaibe Löffel oder is Burghölzli.“ Fragt man ihn nach der Ursache seiner Aufregung, so wird er äußerst gereizt. Das Gerede artet in eine Schimpferei aus über Anstalt, Direktion, Ärzte und Wärter, aus welcher man ersieht, daß er zeitlich und örtlich orientiert ist, Situation und Umgebung kennt. Der Gedankengang, nicht nur seiner Schimpfereien, sondern auch seiner Selbstgespräche hat etwas Ideenflüchtiges.

Ein Bruchstück aus einem solchen Selbstgespräch wollen wir hier anführen:

„Geschielt habe ich nie und einen Star will ich nicht in den Augen haben, aber ich soll jetzt dann operiert werden, so hat es der Professor gesagt, es wird auch so sein; wenigstens keine T-Balkensplitter, keine U-Balken. Solche Wolkenkratzerkonzerte haben sie nur in Amerika und auf dem Pariser Eiffelturm ist ein Blitzableiter, ein ganz nagelneuer mit 25karätigem Gold und

dann die Pilatusbahn und noch der Rigikulm — — —. In Bern, ja da können sie zusammenschaufeln bis nach Alpnachstad und dort ist einer, der Untergrundmeister, überfahren worden und dann sollte man bei diesen dummen Ländern noch Geld drauf legen, ja und der Bismarck, er hat fünf Millionen Entschädigung verlangt und Kaiser Napoleon III. hat es ihm gesagt."

(Mit wem reden Sie?) „Mit der Metallnotenpresse"; lacht.

(Was ist lustig?) „Die Kriegsindustrie der Schweiz . . ., ja der Wachaufzug in Potsdam und der Briefeinwurf in Berlin, die Börse in Paris, Parisergeld glänzt stärker als Schweizergeld, französischer General, Spital und in Interlaken krank geworden, nicht in Meiringen am Thunersee, der General Herzog und der Kaiser Wilhelm."

Bei Besuchen kann er sich sofort umstellen und zugänglich sein, fällt aber nachher sofort wieder in den gewohnten Erregungszustand zurück.

Ruhige Phase.

Während dieser ist Patient zugänglich und freundlich, man hat einen guten affektiven Rapport mit ihm; er erzählt gerne aus seiner Vergangenheit; dabei zeigt es sich, daß er massenhaft Leute kennt, er weiß von jedem etwas zu berichten; nur wenn man von seiner Krankheit spricht, ändert seine Einstellung. Er will nichts davon wissen und man merkt, daß ihm eine richtige Krankheitseinsicht fehlt oder daß er dissimuliert. Hat für seine Krankheit und sein Hiersein immer dieselben Ausflüchte: der Konkurrenz fürchtende ehemalige Meister sei schuld an seiner Internierung oder es handle sich bei seinen Zuständen um eine Erscheinung, die man bei allen Kupferschmieden findet; die Wärter machen nur so eine Geschichte daraus, reizen ihn; wenn man sonst nichts zu tun habe, müsse man singen, und weil er früher immer Bergsport getrieben, gehe er gerne im Gange auf und ab, damit die Beine nicht steif werden; reden tue er, um sich im Sprechen auszubilden; die Bettdecke rolle er, weil das für ihn eine geistige Beschäftigung sei, in seinem Berufe müsse er oft Pläne rollen; wenn er es nicht tue, bekomme er Kopfschmerzen. Früher habe er an religiösem Wahn gelitten und habe Stimmen gehabt, jetzt aber schon lange nicht mehr.

Während den ruhigen Phasen und namentlich am Anfange derselben hat er ein großes Schlafbedürfnis. Er ist viel für sich, wortkarg, liest Bücher, liegt viel herum, schläft. Nach der Erregungsphase sieht er abgemagert aus. Gesichtszüge und Haltung sind schlaff. Den Sommer über geht er regelmäßig während dieser Zeit zur Arbeit, im Winter besorgt er zeitweise die Abwaschküche. Zwischendurch kann er hin und wieder eine Stunde erregt sein und sich benehmen, wie schon oben beschrieben.

In seinen Briefen, die orthographisch und syntaktisch ziemlich schlecht und unbeholfen sind, zeigt er sich immer mehr oder weniger ideenflüchtig und unternehmend, er will mit seiner Schwester ein Geschäft anfangen oder allein „meistrieren". Auch gerät er leicht in parteipolitische Ergüsse.

Es wird versucht, mit Brom (bis 4,5 Nat. Br. tägl.) die ruhige Phase zu verlängern, es gelingt jedoch nicht, im Gegenteil, die erregte Phase setzt daraufhin früher ein. Es wird auch versucht, durch Injektionen höherer Dosen von Luminal, Pantopon-Hyposcin die Anfälle gleich anfangs zu kupieren, doch ohne Erfolg. Angesichts des niedern Blutdrucks wird der Versuch gemacht, das Zirkulationssystem zu stimulieren, es wird Digalen gegeben. Ob es zufällig oder durch diese Therapie bedingt ist, daß daraufhin zweimal die ruhige Phase drei Wochen dauerte statt 11 Tage, ist bis jetzt noch nicht entschieden.

Untersuchungen.

Psychiatrischer Status:

Gedächtnis intakt; Merkfähigkeit, Auffassungsfähigkeit zeigen keine Besonderheit, Intelligenz mittel; das Assoziationsexperiment zeigt wenig verlängerte Reaktionszeiten (3,5 Sekunden), die äußern Assoziationen überwiegen etwas gegenüber den innern. Bei den äußern herrschen sprachlich-motorische Reaktionen vor, bei den innern die Koordinationsreaktionen. Komplexantworten selten. Sachlicher Typus.

Körperlicher Status in der Ruhephase:

Körperbau leptosom, Größe 159 cm, Gewicht 57 kg. Ernährungszustand herabgesetzt, Knochenbau grazil, Muskulatur schwach, Fett spärlich, Haut schwach pigmentiert, etwas schlaff, Haupthaar braun und ergrauend, fein und weich, spiegelnde Glatze,

Terminalbehaarung schwach, Kopf groß, Hirnschädel auffallend groß, Gesichtsumriß verkürzt, eiförmig, asymmetrisch, Profil fast gerade abfallend, Aussehen blaß und alt, Nase mittellang, schmal und spitz, gerade, Zähne in schlechtem Zustand, Zunge o. B., Hals schlank, Thyreoidea rechts leicht vergrößert, mäßig derb. Schultergürtel schmal, knochig, Brustkorb flach, schmal, Lungen o. B., Herz ein Finger breit nach links verbreitert, Spitzenstoß im fünften Interkostalraum, kaum hebend, Herztöne rein, Puls 60, regelmäßig, etwas weich, gut gefüllt, Radialis nicht rigid. Blutdruck 115:80 mm Hg. Mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 7,5 mm. Blutzucker 99 mg %, Reststickstoff 53 mg %. Weißes Blutbild: 7370 Leukocyten, 56,5% Neutrophile, 2% Eosinophile, 0% Basophile, 35,5% Lymphocyten, 5% Monocyten, 0% Plasmazellen. Abdomen o. B. Leber und Milz in normalen Grenzen. Urin und Stuhl o. B. Genitale: Hoden von mittlerer Größe. Becken schmal. Extremitäten mittellang, schmal, X-Beine. Hände und Füße feingliedrig. Sprache o. B. Haltung schlaff. Gang etwas steif. Sensibilität o. B. Pupillen beidseits rund, mittelweit, Reaktionen auf Licht und Akkommodation prompt, Augenbewegungen o. B. Iris blaugrau, Cataracta senilis incipiens. Bauchdecken und Extremitätenreflexe o. B.

Entsprechende Untersuchung während der *Erregungsphase* ergibt:

Blutdruck 115:90 mm Hg. Mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 20 mm. Blutzucker 87 mg %. Reststickstoff 58 mg %. Puls um 100, regelmäßig, etwas weich, gut gefüllt. Pupillen meist auffallend weit, Pupillenreaktion prompt, aber wenig ergiebig. Reflexe lebhaft. Feinschlägiger Tremor. Weißes Blutbild: 9600 Leukocyten, 81 % Neutrophile, 0% Eosinophile, 0,5 % Basophile, 11 % Lymphocyten, 7,5 % Monocyten, 0% Plasmazellen.

Beurteilung.

Zur Heredität ist folgendes zu sagen: am schizophrenen Charakter der Erkrankung der Schwester kann wohl kaum gezweifelt werden; schon praepsychotisch wird sie uns als ernst, still, übermäßig fromm, also mit schizoiden Charakterzügen ge-

schildert. Mit 39 Jahren erkrankt sie plötzlich, wird erregt, hat Halluzinationen, wahnhafte religiöse Erlebnisse und Verfolgungsideen. Die Erregung klingt nach kurzer Zeit ab und seit acht Jahren übt sie wieder ihren Beruf aus, so daß sie praktisch als geheilt betrachtet werden kann. Der kurze Verlauf des katatonen Schubes, die Heilung ohne wesentlichen Defekt und das bisherige Ausbleiben eines Rückfalles sprechen für die Gutartigkeit der Krankheit und könnten Zweifel an der schizophrenen Natur derselben erwecken. Differentialdiagnostisch könnte eine reaktive Psychose in Betracht gezogen werden, doch fehlt ein schwereres psychisches Auslösungstrauma. Die Schizophrenie der Schwester scheint somit ziemlich sicher. Die Krankheitsfälle in der weitern Verwandtschaft dürften für die Beurteilung unseres Falles weniger Wert haben: erstens weil für das Zustandekommen dieser Geisteskrankheiten ebensogut fremde, neu hinzukommende Erbmassen verantwortlich gemacht werden können, zweitens liegen die Erkrankungen ziemlich weit zurück, und die Angaben können nicht mehr auf ihre Richtigkeit geprüft werden. Wichtiger ist die Tatsache, daß pyknisch-cyklothyme Konstitutionselemente unter den Geschwistern vorkommen. Daß der Vater, der an Alkoholismus litt, sich zu Hause den Rausch antrank und Gesellschaft vermied, spricht eher für einen schizoiden Charakter. Die Schilderung der Persönlichkeit des Patienten vor der Erkrankung verrät deutlich hypomanisches Temperament, doch fehlt ihm damals wie auch jetzt das gemütlich humorvolle Wesen, wie wir es bei ausgesprochenen Cyklothymen finden; seine Betriebsamkeit hat etwas Streberhaftes, Eigensinniges. Pyknisch-cirkuläre Eigenschaften in der Familie, pyknische Einschläge im Körperbau, hyperthyme Charakterzüge weisen auf ein cyklothymes Konstitutionselement beim Patienten hin.

Zum Verlauf der Krankheit ist folgendes zu bemerken: die Krankheit setzt plötzlich im 23. Altersjahre ein und verläuft in vier Schüben oder Phasen: die erste im 23.—25. Altersjahr, die zweite im 35.—37., die dritte im 41.—43. und die vierte und letzte beginnt mit dem 49. Altersjahr. Die einzelnen Schübe setzen sich, und zwar von Anfang an, zusammen aus kurzen Erregungs- und Ruheperioden. Das Zustandsbild derselben wechselt im Laufe des Lebens und der Phasen, zeigt bald mehr ma-

nisches (namentlich zu Beginn der Erregungsphasen), bald mehr katatones Gepräge. Ganz kurze depressive Schwankungen werden auch beschrieben. Dementsprechend wechseln auch die Diagnosen und lauten bald: Schizophrenie mit periodischem Verlauf, bald manisch-depressives Irresein, einmal auch amentia hallucinatora periodica. Im Beginn sind noch häufig peranoide Wahnideen und Halluzinationen, doch wenig systematisiert, erwähnt; allmählich vernehmen wir immer weniger von psychotischen Erlebnissen, und gegenwärtig erscheint die Erregungsperiode psychotisch inhaltsleer. Von Anfang an dominiert die motorische Erregung, allmählich treten Stereotypien auf, die motorische Erregung wird immer gleichförmiger; gegenwärtig scheint der ganze Erregungsvorgang automatisiert. Die motorischen Phänomene erinnern stark an Zustandbilder, wie sie *Kleist (Lit. 1)* bei seinen Motilitätspsychosen beschrieben hat. Es finden sich ebenfalls turnerische und spielerische Bewegungsbilder. Charakteristisch für die periodischen Erregungszustände ist, daß die Stimmungsschwankungen nicht sehr ausgesprochen sind, daß der Umschlag von der ruhigen in die erregte Phase fast plötzlich erfolgt und daß letztere unterbrochen und der affektive Rapport für kurze Zeit wiederhergestellt werden kann. Die Persönlichkeit erscheint in den guten Phasen wenig verändert, der intellektuelle Horizont ist etwas eingeengt, wie es bei längerem Anstaltsaufenthalt und Kranksein nicht zu vermeiden ist. Intelligenzdefekte sind nicht vorhanden, auffallend ist bloß die kritiklose Einstellung gegenüber Krankheit und Situation. Die Krankheit selbst wird sorgsam abgespalten, verdrängt oder als bedeutungslos behandelt und deren erneuter Ausbruch fatalistisch abgewartet: nur insoforn scheint eine gewisse Persönlichkeitsveränderung eingetreten zu sein. Diagnostisch könnte die Krankheit aufgefaßt werden als: 1. Eine in Schüben verlaufende Schizophrenie (Katatonie), in welcher der hyperkinetische Symptomenkomplex dominiert und bei der bisher kein nennenswerter Defekt entstanden ist. 2. Eine Mischpsychose, in deren phasischem Verlauf manische und katatone Zustandsbilder konstatiert werden können. 3. Eine Psychose besonderer Art, vergleichbar der Motilitätspsychose *Kleists (Lit. 1)*.

Im organischen Befund nichts für die Psychose Bedeutendes.

Niederer Blutdruck findet sich häufig bei asthenischem Körperbau, Reststickstoff nur wenig erhöht. Leucocytose und vermehrte Senkungsgeschwindigkeit sind durch die hochgradige Erregung erklärbar.

Fall 2.

B. H., 43jährig, Schneiderin.

Vater mittelgroß, breitschultrig, rundlich, nach Photographie zu urteilen ein Pykniker, von Charakter energisch, jähzornig, nicht viel Humor, nicht sehr gesellig, nicht religiös, in seinem Benehmen wechselnd, bald still, bald lebhaft, dabei gut, freigebig, intelligent, soll zeitweise etwas getrunken haben, litt an Lungenkatarrh, Lungenblutungen, später an Nierenschrumpfung und starb an einem Hirnschlag. Mutter: auffallend mager, schlank, feingliedrig, in ihrem Benehmen etwas steif, unbeholfen, hochgradig nervös, lebhafte Mimik und Gebärden, immer mit den Händen gesprochen, neurasthenisch, ängstlich, Platzangst, Angst vor fremden Leuten. Großvater mütterlicherseits: mager und schlank, gutmütig, freigebig, starb an Altersschwäche, nach andern Angaben „nervös, fast geisteskrank". Großmutter ms.: groß, fest, rundlich, gutmütig, starb an einem Hirnschlag. Ein Onkel ms.: pyknisch, intelligent, humorvoll, gutmütig. Ein anderer Onkel mager und schlank, intelligent, sparsam, nervös, eigen, leidet an Ticks, Neuralgien. Eine Schwester ms.: mager und schlank, intelligent, energisch, streng, nicht religiös, litt vorübergehend an epileptiformen Anfällen. Eine Kusine ms.: leptosom, eigentümlicher Charakter, revolutionär, hat Angst- und Aufregungszustände. Väterlicherseits kommen zahlreiche Tuberkulosefälle vor; Näheres über Körperbau und Charakter nicht bekannt. Patientin ist das zweite von vier Kindern. Bruder: schlank, mager, leichtsinnig, genußsüchtig, gesellig, Vereinsmeier, Alkoholabusus, litt an Ticks, starb 36jährig an Tuberkulose. Eine Schwester 3jährig an Hirnhautentzündung gestorben. Eine weitere Schwester mittelgroß, eher fest, fünfeckiger Gesichtsumriß, gerades Profil, schwernehmend, gefühlsvoll, empfindsam, tüchtig.

Patientin schon als Kind leicht erregbar, eigensinnig, nervös, lebhaftes Temperament, lernt in der Schule etwas mühsam, aber sehr fleißig, hängt sehr am Vater, fühlt sich von der Mutter „verschupft". In den Entwicklungsjahren etwas blutarm und schwächlich, sehr reizbar. Menarche mit 14 Jahren, seither regelmäßige Menses. Wenig Freundinnen, besucht neben der Schule noch Kurse, liest sehr viel, etwas argwöhnisch. Nach Verlassen der Sekundarschule bekommt sie am Kopf ein „Gewächs", das eitert; seither angeblich im Charakter etwas verändert, besucht dann die Haushaltungsschule, hat Freude am Kochen, Nähen, will Lehrerin werden, muß aus finanziellen Gründen darauf verzichten und nimmt dies etwas schwer. Über eine unglückliche Liebschaft kommt sie lange nicht recht hinweg. 21jährig leidet sie vorübergehend „an den Nerven und an der Lunge", hat Schmerzen am Hinterhaupte und in der Ledengegend. Lernt schneidern, übt ihren Beruf aber nachträglich nicht aus, hilft im Haushalt. 1911 ist sie Verkäuferin in der französischen Schweiz. Damals schon auffälliges Benehmen, droht in der Aufregung in einen Kanal zu springen; leidet an schweren Träumen. Ende Dezember plötzlich erregt, weint, lärmt, fühlt sich von Detektiven verfolgt. Wird heimgeholt, spricht die ganze Nacht hindurch, erzählt aus ihrer Jugendzeit, hört unbekannte Leute reden, insultiert ihre Umgebung, beschädigt Gegenstände.

1. Aufenthalt in St. Urban vom 10. I. bis 1. VII. 1912.

Bei der Einlieferung orientiert über Zeit und Ort, lacht, gibt vorlaute Antworten, macht spitze Bemerkungen. Stimmung heiter, selbstbewußt, gerät beim Erzählen in leichte Ideenflucht.

Anfänglich eigensinniges, unartiges Benehmen, reizbar, grob, schlägt, kratzt, beißt, zeitweise euphorisch, schwatzhaft, aufgeregt, läppisch, schimpft über ihre Angehörigen, namentlich die Mutter. Diese habe sie von Kindheit an traktiert, sie habe immer den kürzern ziehen müssen; erzählt, sie habe den Detektiv machen müssen, man habe sie beständig „beaugapfelt". Ihr Bruder habe sich verstellt, sie habe immer den Hanswurst spielen müssen, man habe ihr viel zuleide getan, sie habe nicht genug zu essen bekommen. Bald weint sie während des Erzählens, bald lacht sie.

Während der Periode sehr erregt, ausgelassen, grob, muß

isoliert werden, spricht in einemfort, auch wenn ihr niem
zuhört, mehr um einem unbezwingbaren Trieb zu folgen, als
Umgebung etwas zu sagen, spricht immer nach einer bestin
ten Richtung hin, erzählt endlose Geschichten und Rem
szenzen aus ihrem Leben, Ideenflucht. Man hat den Eindr
daß sie an Gehörshalluzinationen leidet. Der Verlauf zeigt
riodische Schwankungen, abwechselnd bald mehr, bald wen
erregt; es ist aber nie möglich, ein geordnetes Gespräch mit
zu führen, beantwortet selten eine Frage, gerät sofort ins
zählen, oft ganz ohne irgendwelchen logischen Zusammenha
macht ab und zu den Eindruck der Inkohärenz. Arbeitet ni
Rechtes. Mit der Zeit aber weniger gewalttätig.

Wird am 1. Juli etwas gebessert entlassen. Diagnose: S
zophrenie: hebephrene Form mit manisch-depressiver Verla
weise.

2. Aufenthalt in St. Urban vom 10. IV. bis 17. IV. 191

Über die Zwischenzeit ist uns nichts bekannt.

Beim Eintritt gereizt, verwirrt, schwatzhaft, inkohärentes
den; erzählt, sie habe viele Stimmen gehört, alle Leute sä
es ihr an, daß sie in St. Urban gewesen, alle sind gegen
eingenommen, alles ist verabredet. Während ihres Aufentha
zeitweise enorm laut, schreit, wälzt sich im Bett herum, erz
zusammenhanglos einzelne Ereignisse aus ihrer Jugendzeit.
fektiv und intellektuell ganz zerfahren, sagt, sie spreche mit z
Personen, hört jemand sagen, ihr Vater sei irrsinnig.

Wird nach einer Woche abgeholt.

3. Aufenthalt in St. Urban vom 4. VI. bis 16. X. 1913.

Seit 6 Wochen fast ununterbrochen in maniakalischer E
gung, schimpft, lamentiert, spöttelt, ist redselig, äußert Ve
gungsideen, schlaflos.

Bei der Aufnahme blaß und abgemagert, euphorisch, spr
durcheinander. Während des Aufenthaltes reizbar, kontinu
liches Schwatzen, produziert eine Unmenge Jugenderinnerun
Halluzinationen des Gehörs, zeitweise lärmend und drohend.

Ende September eine ruhige Phase, arbeitet fleißig, meis
heiterer Stimmung, witzig, lebhaftes, aber vernünftiges Benehm

Wird am 16. Oktober mit der Diagnose: periodische Manie gebessert entlassen.

4. Aufenthalt in St. Urban vom 12. X. 1914 bis 3. VI. 1915.

In der Zwischenzeit im Haushalt tätig, hatte dreimal einen kleinen Rückfall, lag dann ruhig im Bett, sprach aber etwas viel. Zur Zeit der Menses jeweils etwas aufgeregt. Rückfall plötzlich über Nacht, erregt, phantasiert, meint der Bruder sei tot, Rededrang. Wird eingewiesen wegen „Schizophrenie mit hysterischen und Tobsuchtsanfällen und Verfolgungswahn".

Nach der Aufnahme Stimmung bald gereizt, bald gehoben, enorme Schwatzhaftigkeit, schreibt zahlreiche Briefe nach Hause, ohne daß man weiß, was sie eigentlich schreiben will; muß immer allein gehalten werden, da sie leicht erregbar ist. Ende November eine kurze depressive Periode mit allerlei unklaren Beschwerden. Im Dezember schon wieder erregt, schreibt wieder lange Briefe, die orthographisch und grammatikalisch richtig, aber bald im Dialekt, bald im Schriftdeutsch, ohne rechten Zusammenhang, abgefaßt sind. Arbeitet mit viel Geschick.

Im Januar 1915 tritt eine gewisse Besserung ein, benimmt sich ruhig und geordnet, Stimmung wenig ernsthaft. Im Februar wieder erregt, spricht andauernd durcheinander, in wechselnder Stimmung. Im März wieder ganz läppisches Benehmen, ohne jeglichen Ernst, regiert überall hinein, schreibt Briefe ohne Zahl, alle Ecken und Enden füllend. Anfang April wieder eine ruhige Phase. Ende April wieder eine erregte Periode. Ende Mai allmählich ruhiger. Ihr Benehmen ist aber weder ihrem Alter noch ihrer Situation angepaßt, ohne Ernst.

Am 3. Juni wird sie gebessert entlassen.

5. Aufenthalt in St. Urban vom 5. VII. 1915 bis 17. III. 1916.

In der Zwischenzeit zwei kurze Erregungszustände; Ausbruch des letzten vor drei Tagen, redet andauernd, beschimpft die Leute auf der Straße, ist grob mit den Angehörigen.

Nach der Aufnahme erregt, wilder, starrer Gesichtsausdruck, ausgelassen, läppisches Benehmen, endloses Reden, liegt nackt im Bett, ißt unregelmäßig und ungenügend. Vom August bis November eine relativ ruhige Periode, geordnetes Benehmen,

arbeitet regelmäßig, stets guter Stimmung. Im November kurzdauernde, leichte Erregungsphase. Daraufhin allmählich Besserung.

Bei der Entlassung immer noch auffallend heitere Stimmung, macht gern Witze. Am 17. März 1916 als gebessert entlassen.

6. Aufenthalt in St. Urban vom 29. IX. 1916 bis 8. III. 1917.

In der Zwischenzeit geistig ganz normales Benehmen, man ist überall mit ihr zufrieden, ist vorübergehend in Stellung als Serviertochter. Vor einigen Tagen im Anschluß an eine Magenstörung ein Rückfall. Vorerst schnippische Antworten, dann ein Wutanfall, Nahrungsverweigerung, Verfolgungsideen.

Nach der Aufnahme unzugänglich, abweisend, verschlossen gegenüber dem Arzt, Drang zum Schwatzen, Nahrungsverweigerung, muß sondiert werden. Will nicht essen, weil alles so teuer sei. Im Oktober bald heiter, bald gereizt, klagt über sonderbare Gefühle auf dem Herzen, meint, sie habe eine giftige Wurst gegessen, spürt ein Drehen, Ziehen und Winden in den Gliedern, ist zerfahren in ihrem Benehmen und in ihren Äußerungen. Im November wieder ausgelassen, macht Wortwitze, Schreibwut. Im Dezember vorübergehende Besserung, freundliche, heitere Stimmung, arbeitet fleißig.

Im Februar 1917 wieder erregt, zorniges, grundloses Schimpfen, kommt immer auf alte Geschichten zurück, läßt sich nie korrigieren, beschäftigt sich aber daneben viel mit Handarbeiten.

Wird am 8. März als gebessert in die Armenanstalt entlassen. Diagnose: Schizophrenie.

7. Aufenthalt in St. Urban vom 11. II. 1918 bis 16. V. 1922.

Zeigt in der Zwischenzeit immer Schwankungen in ihrem Zustande, hört zeitweise Stimmen. Seit acht Tagen verändert, erregt.

Beim Eintritt erkennt sie den Arzt, schwatzt aber in einemfort durcheinander, ist nicht zu fixieren. Nach der Aufnahme meist in heiterer Stimmung zu treffen, plötzlich sinnloses Lachen, Zerfahrenheit, ausgelassenes Benehmen, gerät in ihrer Rede immer auf Nebenassoziationen. Kehrt bei der Visite dem Arzte den Rücken zu, reicht ihm die linke Hand und lacht, schaut ihn beim Reden nie an. Im März reizbar, verstimmt, halluziniert, zusam-

menhangloses Reden. Im April heitere Stimmung, arbeitet fleißig. Im September Besserung, freundlich, fleißig, voll gesunden Humors. Am 24. September 1918 Entlassung in die Familie. Diagnose: Schizophrenie in Schüben (Katatonie).

Nach vier Tagen wieder zurückgebracht wegen eines kurz nach der Entlassung aufgetretenen Erregungszustandes. Nach dem Wiedereintritt ziel- und zweckloses, eintöniges Reden, auch wenn sie allein ist, nicht fixierbar, affektsteif. Ende Oktober Besserung, freundlich, hilft wo sie kann. Mitte November wieder stark erregt, gewalttätig, triebartig, zorniges Reden, glaubt Männer zu sehen, die auf sie zukommen, meint, man wolle sie vergiften, sie habe kein Herz mehr.

1919 Ende Januar ruhige Phase. Im April wieder aufgeregt, endlose Schimpfereien, allerlei unklare Beschwerden. Bis Ende September, abgesehen von einigen kurz dauernden ruhigen Phasen, immer in der gewohnten Erregung. Wird im Mai 1919 begutachtet. In dem Gutachten wird erwähnt: „Patientin beruhigt sich nach monatelanger Erregung jeweils wieder, doch nie so, daß von einer Restitutio ad integrum, von einer völligen Wiederkehr des gesunden Zustandes gesprochen werden kann. Auch in den ruhigen Phasen zeigt sich ein abnormes Verhalten. Man darf sie nie irgendwie brüskieren oder korrigieren oder ihr Maßnahmen vorschreiben, sie verträgt einfach nichts, äußert vage Beziehungs- und Verfolgungsideen. Auch in dieser ruhigen Phase zeigt sie deutlich Zeichen eines ziellosen und zerfahrenen Denkens und deutliche Erscheinungen affektiver Verblödung. Patientin zeigt alle Symptome der Schizophrenie, die in Schüben verläuft. Während der Aufregung kann sie für die Umgebung gefährlich werden, aber auch in den ruhigen Phasen ist sie unfähig, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen.“

Im September probeweise Entlassung, wird aber schon nach zwei Tagen wieder gebracht. Bei der Aufnahme gewalttätig, schwatzt in einemfort, erzählt aus ihrem Leben, als ob sie mit jemandem sich darüber unterhalten würde; kennt aber die Umgebung. Bis April 1920 wechselndes Bild, doch meist erregt. Im April deutlich depressives Stadium, jammert, sie werde nicht mehr selig, beschuldigt sich, klagt über unklare Sensationen. Ende Mai wieder in der gewohnten reizbaren Erregung, hört

massenhaft Stimmen. Im Juni ruhiger, aber meist in schlechter Stimmung, man hat keinen rechten Rapport mit ihr, arbeitet jedoch fleißig. Kann auf eine ruhige Abteilung versetzt werden.

Vom November an wechseln wieder längere Erregungsperioden mit kurzen guten Phasen, in denen Patientin zum Teil Einsicht zeigt. Man hat fast immer einen guten Rapport mit ihr. Die Erregungsphasen sind ziemlich gleichartig, sie ist tage- und nächtelang nicht fixierbar, die Automatismen beherrschen sie ganz; arbeitet aber auch während den Erregungsphasen ziemlich fleißig. Im April 1922 tritt eine länger dauernde Besserung ein.

Patientin wird am 16. Mai in die Armenanstalt entlassen.

8. Aufenthalt in St. Urban vom 11. VI. 1922 bis 30. IX. 1927.

Bei der Aufnahme zeigt Patientin die gewohnte psychomotorische Erregung, ganze Episoden aus dem Leben werden monologisiert.

Im Juni kurzdauernde Besserung, dann wieder erregt. Erzählt ganz automatisch von ihren Erlebnissen, die Betonung ist aber dem Inhalt nicht adäquat: sie sei von Schwester und Bruder grob behandelt worden, und auch ihre Mutter sei von diesen beiden schlecht behandelt worden. Arbeitet fleißig und exakt.

Von da an wieder kontinuierlicher Wechsel zwischen kürzern ruhigen und längern erregten Phasen. In den erregten Perioden unzugänglich, im Benehmen gegen Ärzte und Schwestern grob, oft aggressiv; in den ruhigen geordnetes Benehmen, einsichtsvoll, guter Rapport, eine der angenehmsten Patientinnen.

Versuche, die Erregungsphase mit Somnifen zu kupieren, mißlingen, da Patientin mit 8 ccm Somnifen und zweimaligen Hyoscin-Injektionen innert 24 Stunden noch laut und nicht zum Schlafen zu bringen ist.

Januar 1926: Nach Versetzung auf eine andere Abteilung ist sie mehrere Wochen ruhig. Die Briefe an ihre Schwester und ihren vermeintlichen Ehemann spiegeln getreu den jeweiligen Zustand ihrer innern Ruhe oder Erregtheit zugleich mit der geringen und stärkern Dissoziierung wider.

Im Januar 1927 wird konstatiert, daß der Beginn des Erregungszustandes gern mit dem Beginn der Menses zusammenfällt, daß Patientin noch recht wenig verblödet, der Rapport in

guten Phasen ausgezeichnet ist und Patientin rege Interessen hat. Während den Sommermonaten ist sie auffallend gut, affektiv und intellektuell bedeutend reger, ohne Aufregungszustände, hat Einsicht in ihren Zustand, man kann mit ihr ruhig und vernünftig darüber sprechen. Sie äußert auch dringend das Bedürfnis, wieder einmal ins Leben hinauszukommen. Aber bevor sie entlassen werden kann, bricht im September ein neuer Erregungszustand gewohnter Art aus. Eine versuchsweise Versetzung auf eine andere Abteilung hat Erfolg.

Im November Besserung und Entlassung nach Hause.

9. Aufenthalt in St. Urban vom 4. VI. 1929 bis 17. V. 1931.

In der Zwischenzeit zeigt Patientin tadelloses, geordnetes Benehmen, besorgt den Haushalt, ist auch nicht besonders zurückgezogen, ist gesellschaftsfähig, fällt andern Leuten nicht auf. Im Herbst 1928 zwei Wochen lang depressiv. Seit einigen Tagen Stimmung etwas schwankend, auch äußert sie Verfolgungsideen. Am Tage der Einlieferung plötzlich wieder erregt, redet zum Fenster hinaus, verlangt selbst den Arzt, besteigt freiwillig das Auto und weist dem Chauffeur den richtigen Weg in die Anstalt.

Beim Eintritt erregt, begrüßt aber alle alten Bekanten herzlich, hat seit ihrer Entlassung körperlich zugenommen, läßt sich ohne weiteres in ihr gewohntes Zimmer führen.

Von da an wieder gewohnter Wechsel zwischen ruhigern und erregten Phasen, im großen und ganzen aber gut gegen die Umgebung eingestellt. Von Ende Juni an wieder ruhig, gibt vernünftig Auskunft, sie habe Stimmen, die ihr Beobachtungen über sie selbst mitteilen. Stimmung dauernd etwas euphorisch. Bis Oktober 1929 affektiv gutes Verhalten, zeitweise erregt, mit starkem Rededrang. Eine probeweise Entlassung im November schlägt fehl. Im Dezember ist sie tagsüber auf einer ruhigen Abteilung.

Seither ziemlich regelmäßiger Wechsel zwischen ruhigen und erregten Phasen gewohnter Art. Gegen ihre Schwester schlecht eingestellt, bei deren Besuch immer sehr erregt, aggressiv, gegen die Ärzte abwechselnd abweisend oder zugänglich.

Am 17. Mai 1931 wird sie von ihrer Schwester abgeholt; ob-

wohl Patientin unmittelbar vor der Heimnahme sehr erregt war, und niemand mit ihr reden konnte, geht es zu Hause recht gut.

10. Aufenthalt in St. Urban vom 12. X. 1931 bis 31. III. 1932.

Anfangs September in St. Urban auf Besuch; Benehmen ungefähr so wie in ihren guten Zeiten, etwas fahrig und euphorisch. Sie besorgt wiederum in der Zwischenzeit mit pedantischer Genauigkeit den Haushalt, arbeitet daneben viel für sich, ruhig, redet wenig, verträgt sich gut mit der Schwester und den Hausleuten, lebt aber im ganzen etwas zurückgezogen. Die Schwester muß sie mit einiger Vorsicht behandeln, muß überall nachgeben, weil sie fürchtet, Patientin könnte plötzlich wieder erregt werden. Am 12. Oktober plötzlich wieder unruhig, will in die Anstalt zurück, und als man sie nicht allein reisen lassen will, setzt sie sich zur Wehr.

Beim Eintritt spricht sie wie jeweils in ihren aufgeregten Zeiten, ist ziemlich abweisend, wurstige Stimmung.

Eigene Beobachtung.

Seit sie hier ist, bald mehr, bald weniger erregt, je nachdem zugänglich oder abweisend, je nachdem ist auch der Rededrang bald stärker, bald schwächer. Wirklich gut ist sie jeweils nur wenige Tage, dann hat man einen vorzüglichen affektiven Rapport mit ihr. Aber auch in diesen guten Zeiten fehlen Selbstgespräche nicht ganz. Bei der Visite gerät sie nach wenigen Sätzen wieder in ein zusammenhangloses Gerede, wobei sie immer wieder das stereotype: „Hani g'sait" einflicht. Die Stimmung wechselt, ist bald gereizt, bald euphorisch, wurstig; sie macht dann gerne schnippische, spöttische Bemerkungen. In ihrem Benehmen ruhelos, während des Sprechens wendet sie sich meist von einem ab, zeigt dauernde tickartige Zuckungen der Gesichtsmuskulatur, namentlich der rechten Gesichtshälfte, Augenzwinkern, Bewegungen der Mundwinkel und des Unterkiefers. In ruhigen Momenten behält die Mimik eine gewisse Steifigkeit. Auch im Gespräch beschäftigt sie sich emsig und nervös mit ihrer Handarbeit, bewegt unruhig Arme und Beine; sie ist überhaupt ständig mit irgendwelcher Arbeit beschäftigt. In Zeiten stärkerer Erregung wird ihr Gerede immer zerfahrener und artet allmählich in wüste

Schimpfereien aus über Schwestern und Ärzte. Sie kann auch aggressiv werden, das Essen hinauswerfen, den Schwestern die Haube herunterreißen. Die Ärzte läßt sie nur zeitweise zu sich ins Zimmer kommen, meist lehnt sie schon, wenn man ins Vorzimmer kommt, eine Visite ab, und reicht einem durch den Türspalt Zettelchen, auf denen sie ihre Wünsche notiert hat. Versucht man trotzdem in ihr Zimmer zu treten, so stößt sie einen wieder kräftig zur Türe hinaus. Sie läßt sich nichts befehlen und nichts sagen. In guten Momenten gelingt es, einige vernünftige Worte mit ihr zu wechseln. Fragen über ihre Krankheit und den Grund ihrer Erregung weicht sie aus, meint, in diesem Falle hätte sie gar viel zu sagen, früher habe sie Stimmen gehabt, jetzt aber nicht mehr, irgendwelche Erscheinungen habe sie nicht. Zeitweise leide sie an Magenbeschwerden, seltener an Kopfschmerzen. In ihrem Zimmer herrscht eine malerische Unordnung. An den Wänden sind Zeitungsausschnitte, Postkarten, Heiligenbildchen angeklebt. Sie selbst findet man oft ohne Strümpfe und Schuhe, halb angezogen auf dem Bettrand sitzend und arbeitend. Ihre Briefe sind orthographisch und grammatikalisch ziemlich gut abgefaßt; je nach dem Grad der Erregung, in welchem sie geschrieben werden, mehr oder weniger zerfahren, mehr oder weniger leserlich und sauber. Ein Beispiel möge folgen:

„Liebe Josefine!

Sende Dir hier nach langem das Muster und hoffe Du werdest das Netz gemacht haben. Lieb Mütterlein nimmt auf Ostern ein so nettes Geschenklein. Ich mache kurz, denn es geht mir nicht gerade am besten. 3 Wochen bin ich im Bett, wegen 2 Schwestern. O es fehlt an der Regierung. Es ist als kämen die Leute ohne Haare auf die Welt. Weißt habe einer Ostschweizerin (St. Gallerin) den Kopfputz heruntergerissen. Alle Ingenbohler sind schlecht an uns Luzernerinnen und kochen tuens wie ein Schwein und sagen ich bin kein Dienstmädchen. Diese geben die besten Frauen, denn Uebung im Hause macht auch dort die Meisterin. Den Meisten hier fehlt es an Kräften, gar den Müttern. Choge Pfaffen, Klosterfrauen und deren Mitverbündeten Ärzten. Schweinskerls von Rom. Saubande ohne gleichen. Gell Hedy war lieb in Luzern und jetzt schimpft sie so. Noch gerne denke ich an die schönen Stunden und weiß den guten Thee, den Du so angenehm zu versüßen verstandest. Gell es ist eine schmutzige Welt. Lieb Joseli ehre und liebe Deine Eltern und stehe ihnen liebreich bei und etwas zu vergüten an ihre Sorgen und Mühen. Stets viertes Gebot hochhalten, denn Du und Josef habt recht gute Eltern. O könnte noch Mutter rufen, trotz-

dem mir Dein l. Mutterli besser gesinnt ist als die meine. Gehe ja auch in die französische Schweiz. Dort sind Eltern und alte Leute brav, weder hier die Verdeckung durch Kleider. Klöster sind nicht gut. Haben stets schlechte Denkart. Spreche nie zweideutig, wie hier der Fall.

Lebe wohl, grüße bestens Deine l. Eltern und Dein Bruder, bes. Dich Freundinchen.

Gedenke ein wenig meiner in Deinem Gebete, so ich bitten darf."

Eigene Untersuchung.

Körperlicher Status während der letzten Erregungsphase: Körperbau pyknisch, Größe mittel, Gewicht 65 kg. Ernährungszustand gut. Knochenbau eher derb, Muskulatur kräftig. Fettpolster mäßig, Haut mittelstark pigmentiert, straff, Haupthaar dunkelbraun, reichlich, fein, Terminalbehaarung o. B., Gesichtsumriß schildförmig, Profil gerade, Aussehen frisch, Nase mittellang, gerade, stumpf, Zähne in ordentlichem Zustande, Zunge o. B., Hals kurz, schlank, kleine diffuse, derbe Struma, Schultern wagrecht, Brustkorb mittelbreit, tief gewölbt, Mammae gut ausgebildet, Lungen und Herz o. B., Puls 100, regelmäßig, von normaler Füllung und Spannung, Blutdruck 145:100 mm Hg. Mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 3 mm. Blutzucker 47 mg%, Reststickstoff 73 mg%. Weißes Blutbild: 7000 Leukocyten, 62,5% Neutrophile, 2,5% Eosinophile, 0,5% Basophile, 31% Lymphocyten und 4,5% Monocyten, Abdomen mit mäßigem Fettpolster, Leber und Milz in normalen Grenzen, Urin und Stuhl o. B., Becken breit, Extremitäten mittellang, fest, Hände feingliedrig, weich, Sprache monoton, Haltung straff, Gang elastisch, lebhaft, Sensibilität, soweit prüfbar, nicht verändert, Pupillen beidseits rund, mittelweit, Reaktion auf Licht und Akkommodation prompt, Augenbewegungen o. B., Iris braun, Reflexe beidseits etwas erhöht.

Der direkten *psychiatrischen Untersuchung* gegenüber verhält sich die Patientin während des letzten Aufenthaltes ablehnend, doch läßt sich aus ihren Selbstgesprächen, Briefen und aus der Beantwortung einzelner Fragen mühelos feststellen, daß das Gedächtnis intakt ist, Merk- und Auffassungsfähigkeit sicherlich keine auffälligen Störungen zeigen und die Intelligenz kaum geschwächt ist. Für den Gedankengang und den Ton ihrer Rede ist folgende Schimpferei charakteristisch: „Die verdammten Aargauer haben uns verraten und die schlechten Luzerner, ich habe die verfluchte

L. schon im Konzert gesehen und was hat die Cl. vor und was hat die chaibe Chlechue gemacht und sie hockt mir auf. Ich bin schon lange nicht mehr in Lenzburg gewesen, die Lenzburger kenne ich schon. Ich lasse Dr. H. nicht durchhecheln. Die W. hat das angerichtet. Wo haben Sie das Papier her, worauf Sie schreiben, ich möchte es Ihnen aus der Hand schlagen, wir sind nicht Luzerner, wir sind Berner."

Beurteilung.

Geisteskrankheiten kommen in der Familie der Patientin nicht vor. Bei den epileptischen Anfällen der Tante handelt es sich sehr wahrscheinlich nicht um eine genuine Epilepsie, da die Anfälle nur vorübergehend und ohne Charakterveränderung auftraten. Die Mutter jedoch zeigt deutlich psychopathische Charakterzüge, am ehesten könnte man sie als sensitive, aufgeregte Psychopathin bezeichnen. Auch der einzige Bruder der Patientin zeigt einen psychopathisch-hyperthymen Charakter. Auf mütterlicher Seite sind nervöse Symptome recht häufig; es werden Ticks und Nervenanfälle erwähnt, daneben auch schizothyme, speziell zwangsneurotische Charaktere angeführt. Von Interesse sind ferner die pyknisch-zyklothymen Konstitutionselemente, die wir bei Vater und Schwester der Patientin finden.

Die praepsychotische Persönlichkeit zeigt neben einer gewissen hyperthymen Betriebsamkeit doch vorwiegend schizoide Merkmale. Schon als Mädchen wird sie als nervös, eigensinnig geschildert. Auch jetzt dominieren in den guten Zeiten schizoide Persönlichkeitszüge, Patientin gilt als empfindlich, reizbar, übertrieben arbeitsam. Auffallend sind die Besserungen, die oft plötzlich und durch willensmäßige Umstellung erfolgen. Wiederholt verließ Patientin mitten in einer Erregungsphase die Anstalt, stellte sich aber zu Hause um und benahm sich ganz geordnet. Der Umschlag in die Erregungsperiode erfolgte wiederum ganz plötzlich ohne Anlaß oder ist reaktiv aus dem allmählich wieder gespannt gewordenen Verhältnis zur Schwester zu erklären. Es ist als ob der Mechanismus der motorischen Erregung, der nur schwer unterbrochen und sehr leicht wieder angelassen werden kann, doch durch besondere Umstände (willensmäßige Umstellung und Milieuänderung) beeinflußt werden könnte.

Jedenfalls fehlt ein regelmäßiger Phasenwechsel und das Verhältnis von Erregungs- und Ruheperiode ist nicht besonders konstant. Das Krankheitsbild selbst, in welchem von Anfang an die sprachmotorische Erregung dominiert, verleitete durch wechselnde Syndrome zu verschiedenen Diagnosen: anfänglich noch periodische Manie, später Schizophrenie (hebephrene und katatone Form). Zu Anfang der Psychose sind Halluzinationen, Verfolgungs-, Beeinflussungs- und Beziehungsideen, wahnhafte Erlebnisse häufig erwähnt, werden aber seltener und in den letzten Erregungsperioden treten sie ganz zurück gegenüber endlosen Schimpfereien und Reklamationen über Schwestern, Ärzte, Anstalt usw. Man kann sich dabei des Eindrucks nicht erwehren, daß ein außerordentlich starker Rededrang das Primäre ist und daß die Umgebung herhalten muß, um diesen zu befriedigen. Der Redefluß wirkt daher bald mehr ideenflüchtig, bald mehr inkohärent, je nach dem Grad des Dranges und der Ablenkung. Die motorische Erregung äußert sich jedoch nicht bloß auf sprachlichem Gebiet, sondern auch in einer allgemein motorischen Unruhe, welche sich in tickartigen Bewegungen der Gesichtsmuskulatur, in impulsiven Handlungen und in einer übertriebenen Arbeitsamkeit zeigt.

Die körperliche Untersuchung fiel derart aus, daß keine Anhaltspunkte für irgendwelche organische Erkrankung gefunden werden konnten. Niederer Blutzucker und hoher RN-Wert können, sofern auf eine einmalige Bestimmung abgestellt werden kann, als Parallelerscheinungen zur motorischen Erregung gedeutet werden, die einerseits den Blutzuckerspiegel senkt und anderseits den des RN hebt.

Fall 3.

W. F., 34jährig, Melker.

Vater: Landwirt, groß, breitschultrig, gutmütig, still, aber nach Alkoholgenuß aufgeregt, Trinker, starb 49jährig an Magenkrebs. Mutter: mittelgroß, rundlich, heiter und witzig, starb 53jährig an einer Lungenentzündung. Ein Bruder groß und breitschultrig, solid und gutmütig. Ein anderer Bruder mittelgroß, schlank, heitere

Natur, gesellig. Eine Schwester ebenfalls schmal und schlank, streng und ernst. Ein weitere Schwester klein und rundlich, heiter und witzig. Alle Geschwister etwas aufgeregt. Ein Bruder des Vaters schwermütig, Suicid. Von sonstigen Geistes- und Nervenkrankheiten, Anfällen, geistigen Abnormitäten konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. (Obige Angaben über Heredität unsicher, da Patient aus einem geistig sehr bescheidenen Milieu stammt.)

Patient als Kind lebhaft, Hang zur Lüge, in der Schule schlechte Fortschritte, schlechte Erziehung, früh von zu Hause weggekommen. Nach der Schule in verschiedenen Stellen jeweils 2—3 Jahre; unternehmungslustig, als tüchtiger Arbeiter beliebt, nie ernstlich krank. 1924 wegen Ruhestörung polizeilich gebüßt. 1925 Bekanntschaft, deren Folge ein uneheliches Kind. Patient weigert sich Alimente zu zahlen. Seither verändert, liederlicher Lebenswandel. 1926 wegen Diebstahl und Betrug mit sechs Tagen Gefängnis bestraft. Fängt an übermäßig zu trinken. Am 19. Juni wird er verhaftet, weil er mit seinem Gewehr die Hausbewohner beunruhigt und, als im gekündigt wird, Krach schlägt. Kommt deswegen für 10 Monate in die Zwangsarbeitsanstalt, wird von dort in die Irrenanstalt überführt.

1. Aufenthalt in St. Urban vom 20. V. 1927 bis 15. VI. 1928.

Beim Eintritt stutzerhaft aufgeputzt, verwegen aussehend, mißtrauisch; anfänglich erregt, zerfahren und läppisch in Sprache und Benehmen, bald in euphorischer und bald in wurstiger Stimmung, scheint zu halluzinieren; erzählt spaßhaft, er sei in der Zwangsarbeitsanstalt scheintot gewesen, er habe bereits den „Töteligeschmack“ gehabt, er habe die Mutter Gottes gesehen, die Stimme Gott Vaters gehört, er müsse die Schweiz erlösen.

Den Sommer über dauernd mehr oder weniger erregt, stark halluzinierend, diskussionsunfähig, einsichtslos, einige Male aggressiv, muß häufig Beruhigungsmittel haben. Vom November an ruhiger, immer für sich, starrt zum Fenster hinaus, gibt zerfahrene Antworten, arbeitet nie etwas.

Im Frühling 1928 immer wieder von Zeit zu Zeit stark erregt mit Halluzinationen, muß isoliert werden, weil er fürchterlich lärmt.

Wird in einem günstigen Moment gegen Revers abgeholt und kommt in Familienpflege.

2. Aufenthalt in St. Urban vom 7. VIII. 1928 bis heute.

Arbeitet in der Zwischenzeit anfänglich noch, später schimpft er viel herum und ist seit einigen Tagen wieder erregt.

Bei der Aufnahme sehr erregt, redet ganz dissoziiert; autopsychisch orientiert, euphorisch, grimassiert.

Anfangs September ruhig, wortkarg, brütet vor sich hin, arbeitet nicht. Anfangs Oktober nimmt er die Arbeit auf, benimmt sich ganz geordnet, ist orientiert, spricht konfuses Zeug, wahnhafte Äusserungen, schimpft.

Zu Beginn des Jahres 1929 macht er wiederum eine Erregungsperiode durch, arbeitet nicht, redet ganz irr, ist sehr gereizt, halluziniert. Bis Dezember 1930 ziemlich regelmäßig abwechselnd erregte und ruhige Phasen.

Die Erregungsperioden dauern 10—14 Tage, die guten Phasen 8—10 Tage. Die Erregungszustände bieten immer dasselbe Bild: motorische Erregung mit Faxen, dissoziierte Reden, Lärmen, Stimmung bald gereizt, bald euphorisch.

In der ruhigen Phase fleißiger, gewandter Arbeiter, verständiges geordnetes Benehmen, etwas still und verschlossen, jaßt mit den andern Patienten.

Eigene Beobachtung seit Januar 1931.

Patient macht im Verlaufe des Jahres 1931 etwa 11 Erregungsperioden durch, die im Durchschnitt 16 Tage dauern, die kürzeste 11, die längste 22 Tage. Die ruhigen Phasen dauern im Durchschnitt 17 Tage, die kürzeste 12, die längste 26 Tage. Der Umschwung von der guten in die schlechte Periode erfolgt entweder ganz plötzlich, unvermutet, wobei Patient plötzlich, ohne irgendwelchen Anlaß, zu reklamieren und zu schimpfen anfängt, oder zeigt sich zum voraus dadurch an, daß er anfängt Briefe zu schreiben; dann beginnt er ein schlaues Gesicht zu machen, lacht schelmisch, zwinkert mit den Augen, benimmt sich übermütig, schneidet Grimassen. Während er sonst spontan nie an den Arzt gelangt, läuft er ihm plötzlich nach, richtet zusammenhanglose Fragen an ihn. Im Laufe von Stunden steigert sich allmählich

die Erregung, er nimmt herausfordernde Stellungen an, beginnt Faxen zu machen, spricht zerfahren, lacht scheinbar unmotiviert. Er kann sich vielleicht noch einen Tag halten, dann muß er wegen aufgeregten, drohenden Benehmens in die Zelle versetzt werden.

Während der *Erregungsphase* gebärdet er sich stundenlang ganz wild und drohend, tut aber meist niemandem etwas zu leide. Sein Benehmen hat etwas Theatralisches, er zeigt Schwingerallüren, redet mit einem kollosalen Aufwand an Gesten und Gebärden, meist ganz zerfahren; die Mimik ist dabei außerordentlich lebhaft und ausdrucksvoll; hin und wieder schneidet er Grimassen, schnalzt mit der Zunge, schlägt sich die Schenkel, macht allerlei Faxen, alle Bewegungen sind schneidig und blitzschnell. Die Stimmung ist dabei bald mehr, bald weniger gereizt, hie und da auch euphorisch, der Rededrang äußert sich in langen, erregten Selbstgesprächen, man hört ihn stundenlang schimpfen und lärmen; hin und wieder gelingt es, ihn zu fixieren. Im Gespräch antwortet er aber viel daneben. Hin und wieder erfolgt aber doch eine richtige Antwort, oder er verrät durch eine spaßhafte Bemerkung, daß er die Frage verstanden. Der Kontakt geht nie ganz verloren. Wie aus seinen Reden entnommen werden kann, ist er orientiert, kennt seine Umgebung und verhält sich auch dementsprechend. Zwischenhinein und namentlich gegen das Ende der Erregungsperiode ist er stunden- bis tagelang abweisend, unzugänglich, mißmutig und reizbar. Seine Redeweise ist verständlicher, weniger zerfahren, er schimpft dann oft tüchtig gegen die Ärzte und Wärter, die ihn eingesperrt halten und nennt sie beim Namen. Selten steigert sich die Erregung so weit, daß er zerreißt und demoliert. Dann und wann ist er aber sehr rauflustig und zeigt sich dabei äußerst gewandt und flink. Abgesehen von den Selbstgesprächen lassen sich keine Anhaltspunkte für Halluzinationen während der Erregungsphase feststellen. Der Inhalt seiner Selbstgespräche erlaubt uns nicht mit Sicherheit Wahnideen anzunehmen. Es scheint sich um Erlebnisse der Vergangenheit zu handeln. Als Beispiel seiner Redeweise sei folgendes Gespräch angeführt:

(Fühlen Sie sich wohl?) „Ja, wenn man es ertragen kann.“ (Keine Schmerzen?) „Nein, der Name ist auf der andern Seite,

der Küchenmeister hat auch durchschießen können, durch den Nagel durchschießen und die Scheibe und der Habermacher. Es ist der Wetterbold gewesen, der Bläsi, das Zugerkind, der Zugerstrick, das Feldmeßbuch. Drei Franken Geld im Sack, dann kann er wieder hinaufreiten, schießen, Hüttengeld, Chaiba Züg . . .“ (Wie ist der Appetit?) „Ja, ja, wegen dem Gefreiten Burri, es ist glaube ich der Hans gewesen.“ (Was ist mit dem Gefreiten?) „Er hat mit mir gejaßt, viel Brot hat es gebraucht im Bat. 44 . . . Musik . . . Bäume verklopft, als ich draussen war . . . Werkstatthof . . . an der Innenseite. Man muß auch trinken, Dich habe ich gesehen.“ (Wen habt Ihr gesehen?) „Geschwister hat sie.“ (Wer hat Geschwister?) „Der Viehstand; es war traurig in jener Zeit, man muß einen andern Kirchmeier zutun, nicht so einen kurzen. Es sind bald alle Halftern durch, mit dem ist es nicht gemacht, man hätte nicht messen sollen, ich habe etwas zu stark geschont in diesem Zeug, ich soll die Milch hinausbringen, vergiftet.“ (Wer vergiftet?) „Die, wo keine Schnäuze haben (schaut den Arzt an), ich war einmal ‚so verreckt taub‘, aber ich bin gleichwohl gegangen . . .“

Der Übergang in die *ruhige Phase* erfolgt allmählich. Patient wird ruhiger, zugänglicher, wünscht die Zelle zu verlassen und schließlich verlangt er, wieder arbeiten zu dürfen. Während der ruhigen Periode zeigt Patient ein auffallend stilles, verständiges Benehmen. Er ist verschlossen, wortkarg, gibt nicht gern Auskunft; er spüre das Herannahen des Anfalles nicht; er wisse nicht recht, was er während dieser erregten Zeit tue, nachher erinnere er sich daran, aber nicht genau. Er wisse nicht, warum er aufgeregt werde, er fühle sich nicht verfolgt. Er erinnere sich wohl, daß er dem Arzte alle Schande sage, aber es komme ihm jetzt selber merkwürdig vor, denn er habe nichts gegen denselben; er habe gegen niemanden etwas, er komme mit allen gut aus, lacht, es werde wohl wieder kommen; eigentlich sei es aber nicht lustig, er spüre dann immer so ein Schießen im Kopf. Davon, daß er krank sei, will er nichts wissen, Stimmen, Erscheinungen und besonders Erlebnisse während der Erregungsphase werden negiert; verlangt aber doch eine Medizin gegen das „Chrüsele“ im Kopf, das Schuld an seiner Aufregung sei. Die Krankheitseinsicht ist jedenfalls mangelhaft.

Untersuchung.

Psychiatischer Status:

Zeitlich und örtlich orientiert, Gedächtnis intakt, Merkfähigkeit gut, Aufmerksamkeit und Auffassungsfähigkeit, an der Wiedergabe einer Fabel geprüft, sind mangelhaft; Patient ist nicht imstande, die Fabel zu erzählen, erfaßt den Sinn derselben nicht. Einfache Verständnisfragen machen Schwierigkeiten, die Schulkenntnisse sind äußerst mangelhaft. Der Intelligenzgrad entspricht einer Debilität. Gesichtsausdruck während der Untersuchung etwas gespannt, lächelt hin und wieder schelmisch, schlau. Die Antworten erfolgen nach längern Pausen rasch und kurz.

Assoziationsexperiment: Reaktionszeiten verlängert, 3—5 Sekunden im Durchschnitt. Es überwiegen innere, definierende, egozentrische Reaktionen, ferner häufig Antworten, die auf Perseveration und sexuelle Komplexe hinweisen.

Körperlicher Status:

Körperbau vorwiegend leptosom mit athletischen Merkmalen, Größe 159 cm, Gewicht 64 kg. Ernährungszustand gut, Knochenbau derb, Muskulatur fest, stark hervortretend, Fettpolster spärlich, Haut stark pigmentiert, straff. Akne und Pityriasis versicolor, Haupthaar schwarz, derb, dicht, buschig, Terminalbehaarung stark, o. B., Kopf mittelgroß. Gesichtsumriß eiförmig, Profil scharf, winkelig, Aussehen gesund, gebräunt, Nase mittelbreit, gerade, spitz, Zähne in schlechtem Zustand, Zunge o. B., Hals schlank, Thyreoidea kaum vergrößert, Schultern mittelbreit, etwas ausladend, Brustkorb mittelbreit, etwas flach, linke Thoraxseite etwas schmäler, Lungen o. B., Herz um einen Fingerbreit nach links verbreitert. 1. Herzton über der Spitze unrein, sonst o. B.

Während der *ruhigen Phase:* Puls 68, regelmäßig, von normaler Füllung und Spannung, Blutdruck 135 : 95 mm Hg. Mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 6 mm. Blutzucker 72 mg%. Reststickstoff 20 mg%. Weißes Blutbild: 7850 Leukocyten, 60% Neutrophile, 3% Eosinophile, 0% Basophile, 30% Lymphocyten, 7% Monocyten. Abdomen o. B. Leber und Milz in normalen Grenzen. Urin und Stuhl o. B. Hoden von mittlerer Größe, Becken schmal. Extremitäten von mittlerer Länge, Hände und Füße breit, grobgliedrig, Sprache unauffällig. Haltung wech-

selnd, bald straff, bald nachläßig, Gang etwas schlampig. Sensibilität o. B. Pupillen beidseits rund, mittelweit, Reaktion auf Licht und Konvergenz prompt, Augenbewegungen o. B. Iris braun. Haut-, Sehnen- und Periostreflexe o. B.

Entsprechende Untersuchung während der *Erregungsphase:* Blutdruck 125 : 80 mm Hg., mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit 5 mm, Blutzucker 80 mg% Reststickstoff 61 mg%. Pupillen meist weit, Pupillenreaktionen prompt, aber nicht sehr stark, Reflexe beidseitig gleich, erhöht.

Weißes Blutbild: 7870 Leukocyten, 62,5% Neutrophile, 1,5% Eosinophile, 1,5% Basophile, 30,5% Lymphocyten, 4% Monocyten.

Beurteilung.

In diesem Falle sind die Angaben über Heredität besonders spärlich. Der Vater war ein aufgeregter Trinker; die Geschwister werden ebenfalls als aufgeregt bezeichnet. Man könnte versucht sein, diese Aufgeregtheit als eine konstitutionelle Anlage zu motorischen Entladungen zu interpretieren und diese in Verbindung zu bringen mit den motorischen Erregungszuständen des Patienten. Auch über das praepsychotische Charakterbild sind wir so mangelhaft orientiert, daß wir uns über dasselbe keine rechte Vorstellung machen können. Aus dem Lebensgang und dem jetzigen Verhalten des Patienten könnte man höchstens schließen, daß er das Leben nicht sonderlich schwer nahm, eher ein verwegener, unternehmender Bursche war, also zyklothyme Charaktereigenschaften besaß, wie wir sie auch für die Mutter und zwei seiner Geschwister verzeichnet finden. Über den Verlauf der Krankheit läßt sich zusammenfassend folgendes sagen: auf ein längeres Vorstadium mit Alkohol-Excessen und kriminellen Handlungen folgt eine Erregungsperiode mit wahnhaften religiösen Erlebnissen, Halluzinationen; daraus entwickeln sich allmählich periodische, motorische Erregungszustände, die 2—3 Wochen dauern und eine große Regelmäßigkeit zeigen. Über psychotische Erlebnisse ist vom Patienten schon seit langem nichts mehr zu erfahren; das Krankheitsbild wird immer eintöniger, die Erregung verläuft ganz automatisch, ohne daß Stereotypien und überhaupt katatone Symptome auffallend zutage treten. Es handelt sich um einförmige Ausdrucksbewegungen entsprechend

der gehobenen oder gereizten Stimmung. Das Faxenhafte und Schauspielerische spielt dabei oft eine solche Rolle, daß man von einem Faxensyndrom sprechen könnte, jedoch ist der Ausdruck adäquat der Stimmung. Das Zustandsbild ist am besten mit den expressiven Hyperkinesen, wie sie *Kleist (Lit. 1)* für die Motilitätspsychosen beschrieben, zu vergleichen. Die inkohärente Rede verrät uns wenig über das psychotische Erleben des Patienten, läßt aber ein solches nicht ganz ausschließen. Man hat den Eindruck, daß die Ausdrucksmotorik, namentlich die Versprachlichung, dem ideenflüchtigen Erleben nicht folgen kann; um so lebhafter sind dafür Mimik und Gesten, eine Erscheinung, die wir bei Geistesschwachen und Kindern finden. In der ruhigen Zwischenzeit fällt das autistische Benehmen des Patienten auf, ferner der Mangel an Interesse für seine Situation, die Abneigung gegen das Ausfragen. Patient wartet das Herannahen der nächsten Erregungsperiode ruhig ab und erst, wenn die ersten Anzeichen der Erregung sich zeigen, fängt er an fortzudrängen. Seine Persönlichkeit zeigt sich, abgesehen von seiner Verschlossenheit, in der ruhigen Phase so wenig verändert, daß er nicht auffallen würde und jederzeit eine Stelle als landwirtschaftlicher Arbeiter annehmen könnte. Debil scheint er von Kindheit an gewesen zu sein. An der Diagnose Schizophrenie (Katatonie) wurde angesichts des Beginns der Krankheit mit Halluzinationen, Wahnideen religiösen Inhalts, sowie der Hyperkinese nie gezweifelt.

Beim körperlichen Status muß die Herzerweiterung erwähnt werden, welche für eine beginnende Hypertrophie spricht. Die Erhöhung des RN. in der Erregungsphase könnte mit der Vermehrung der stickstoffhaltigen Abbauprodukte im Blut bei motorischer Erregung zusammenhängen.

Fall 4.

N. H., 41jährig, Bureaulistin.

Vater: Gärtner, mittelgroß, fest, rundlicher Gesichtsumriß, unternehmend, gesprächig, offen, lebensfroh, aufbrausend, lebt und ist gesund. Mutter: klein, fest, rundlich, in jungen Jahren frohmütig, lustig; in den letzten Jahren ernsthaft, verschlossen, gewissenhaft, schwermütig, nervös, litt an Verstimmungen, konnte

tage-, ja wochenlang kein Wort reden, machte bei einem Besuch bei ihrer Tochter einen absonderlichen, unbelehrbaren Eindruck; an unbekannter Krankheit in höherem Alter gestorben. Eine Tante ms. schwermütig, geistig nicht normal. Ein Großonkel ms. geistesgestört. Eine Großtante ms. schwermütig, zeitweise unzurechnungsfähig. Eine Tante vs. geistig abnorm, der Großvater vs. „nicht recht im Kopf". Ein Großonkel vs. geisteskrank, war viermal in St. Urban interniert, das erstemal wegen Manie, das zweite- und drittemal wegen Melancholie mit paranoiden und hypochondrischen Ideen, das viertemal wegen Manie, starb 80jährig an Prostata-Ca. Eine Tochter desselben ebenfalls geistesgestört. Ein weiterer Großonkel vs. Suicid. Patientin ist das erste von vier Kindern. Eine Schwester mager und schlank, mittelgroß, ein Bruder groß und fest gebaut, eine weitere Schwester ebenfalls groß und fest; alle eher ernst, still und gewissenhaft.

Patientin als Kind unauffällig, fleißige, gute Schülerin, immer etwas still und zurückgezogen, dabei aber heiteres, zufriedenes Wesen. Menarche mit 16 Jahren, seither regelmäßig menstruiert. Bis zum 16. Lebensjahr vollkommen gesund. Damals erster „Anfall". Patientin legt sich ins Bett, will nicht mehr arbeiten, dies dauert zwei Wochen; seither wiederholt sich der „Anfall" jährlich im Sommer, es kommen „Ideen" dazu, sie ist überzeugt, daß man sie vergiften will. Die Anfälle dauern von Jahr zu Jahr immer länger. Im April 1916 wird sie in der psychiatrischen Poliklinik Zürich untersucht. Der Bericht derselben lautet: „Seit der Pubertät Anfälle von Schwermut, Apathie, Negativismus, läßt plötzlich alles fallen, schaut stundenlang geradeaus, sie weiß nicht recht ob sie lacht oder weint, ob sie träumt oder wacht, Versündigungsideen (Masturbation), Verfolgungsideen (man verlache und verspotte sie), Selbstmordideen, Stimmen, Sperrungen, Paramimie, Parathymie."

Den Sommer über im Bett, Wahnideen, man schütte ihr Weingeist und Kampfer übers Gesicht, der Vater wolle sie mit Gas vergiften, man wolle nachts zu ihr kommen; unaufhörliches Schimpfen, dann allmählich Besserung. Ende August plötzlich starke Aufregung, Vergiftungsideen, Nahrungsverweigerung, aggressiv, gewalttätig, fühlt sich elektrisiert und aufgeblasen. Einlieferung in die psychiatrische Klinik Burghölzli, Zürich.

Aufenthalt im Burghölzli vom 30. VIII. bis 27. IX. 1916.

Bei der Aufnahme depressiv, Vergiftungsideen; körperlich nichts Auffälliges. Bei der Untersuchung macht Patientin einen organisch-kranken Eindruck, ist wie benommen. Der „Lebenslauf" ist ein dissoziierter Wortsalat, sie hört Stimmen; die Stimmen sagen, sie sei eine schlechte Person, eine Hure. Dissoziierter Ideengang, Sperrung, Wahnideen, Negativismus, steife Affekte, Katatonie.

Ende September nett und fleissig arbeitend, aber nicht aus sich herausgehend, stumpf, passiv.

Am 27. September Transferierung in die Anstalt St. Urban.

1. Aufenthalt in St. Urban vom 27. IX. 1916 bis 5. VII. 1922.

Beim Eintritt gesperrt, steife Affektivität, die Zeitangabe unsicher, man hat den Eindruck, das Gedächtnis sei lückenhaft; erzählt, sie habe die letzten Jahre regelmäßig einen „Anfall" gehabt, sie sei dann jeweils wie im Fieber, sie sei gar nicht beim Verstand, es sei, wie wenn sie zu viel getrunken hätte.

In den ersten Tagen apathisch, stuporös, ruhig.

Anfangs Oktober Fortdrängen, Reklamieren, Singen, Widerstreben, plötzliches Grobwerden. Dazwischen wieder mutistisch, apathisch, kann nur zeitweise beschäftigt werden.

Von da an abwechselnd erregt, widerstrebend bis zu Nahrungsverweigerung und stuporös, zeigt sich geistig sehr geschwächt; total affekt-verblödet. Dann wieder zerfahren und läppisch in ihrem Benehmen, zerstörungssüchtig, zu keiner Beschäftigung mehr fähig.

Dazwischen wieder Zeiten von ruhigem, adäquatem, deutlich autistischem Benehmen.

Zu Beginn des Jahres 1922 wieder wechselndes Krankheitsbild: Erregungszustände und Zeiten, während welchen Patientin zugänglich ist, der Rapport mit ihr gut ist, fleißig arbeitet und Krankheitseinsicht hat. Die Besserung hält vom März bis Juli an.

Sie wird am 22. Juli 1922 geheilt entlassen.

2. Aufenthalt in St. Urban vom 28. XII. 1925 bis heute.

In der Zwischenzeit unauffällig. Ende Dezember plötzlich wieder verwirrt, erregt.

Anfänglich manisch erregt, dissoziertes Reden, halluzinierend, zeitweise unrein.

Im April 1926 allmähliche Besserung, ziemlich geordnet in ihrem Benehmen, arbeitet aber nicht, läßt nicht mit sich reden, gibt läppische Antworten. Im Mai ruhige Phase. Im Juni wieder Erregungszustand, tanzt, schwatzt, schmückt sich phantastisch mit den Streifen des zerrissenen Hemdes. Ende Juli, Anfang August ruhiges, unauffälliges Benehmen, arbeitet etwas. Mitte August plötzlicher Umschlag in die Erregungsphase. Von da an wieder regelmäßiger Wechsel von Erregungsperioden und ruhigen Zeiten, in welchen Patientin auristisch und leicht deprimiert ist.

1927 August: sehr gute Phase mit normalem Verhalten und regelmäßiger Arbeit. Im September wiederum erregt. Im Oktober wieder geordnet und ruhig, schreibt einen sehr netten, geordneten Brief nach Hause, freundliches Benehmen, ausgezeichneter Rapport. Im November wieder aufgeregt, dissoziiert, lärmt und tobt. Diesmal dauert die Erregung bis gegen Februar 1928, nur unterbrochen von einer depressiven Phase, wobei Patientin ruhig ist, in eine Ecke starrt, ganz in sich gekehrt ist und keine Antwort gibt.

Bis Ende 1929 wechseln Erregungsperioden von mehrwöchiger Dauer mit Perioden von nahezu normalem Benehmen. Der Umschlag von guter in schlechte Phase erfolgt dabei ganz plötzlich über Nacht. Der Übergang von der erregten in die ruhige Phase meist über einen depressiven Zustand von wenigen Tagen Dauer. Von ihren Erregungszuständen weiß sie jeweils gar nichts mehr. Im unruhigen Zustand oft bösartig, jedes Wort, das man zu ihr sagt, läßt eine Flut von Schimpfworten aus. Folgende Rede konnte einmal notiert werden: „Den Finger wollte ich ihm abbeißen, der Kragen, die Katz, wenn sie auch heiraten will, ich weiß schon 14 Kessel voll, ich habe den Leiterwagen gesehen, immer weiß und schwarz. Griechenland will immer den Kragen abhauen.“ (Warum?) „Will immer meinen Kopf stehlen, die Perücke kenne ich, die Augen, gerade vorher habe ich sie ausgestochen, die Hühner haben auch welche.“ (Wer bin ich?) „Das weiß ich nicht. Dort oben die Spritzkanne sind Sie, oder sind Sie etwa der junge Kägi?“ (Warum?) „Weil ich weiß, daß er einen Sohn hat. Jetzt

hatte ich 7—8 Fliegenfänger auf dem Kopf, es tut mir weh, weiß schon wo, dort, wo der Marienkäfer und der Herzkäfer sind.“

Im Juli 1929 löst die Nachricht vom Tode der Mutter bei ihr adäquate Affekte aus, sie schreibt einen geordneten, affektiv guten Brief an den Vater. Der Umschlag in die erregte Phase erfolgt erst einige Tage nach dem Eintreffen der Nachricht.

Eigene Beobachtung seit Januar 1931.

Patientin macht im Verlauf des Jahres 1931 etwa sechs Erregungsperioden durch mit einer durchschnittlichen Dauer von 61 Tagen. Die kürzeste dauert 38, die längste 94 Tage. Die ruhigen Phasen dauern jeweilen zwischen 21 und 32 Tagen. Die Menses, welche ziemlich regelmäßig sind, treten bald in der Erregungsphase, bald in der ruhigen Phase auf. Die Erregungsphasen scheinen somit keinen Zusammenhang mit der Menstruation zu haben.

Erregungsphasen:

Diese verlaufen ungefähr immer gleich, Patientin ist während denselben bald mehr, bald weniger motorisch erregt und muß isoliert werden. Dazwischen treten tage- bis wochenlange Stadien auf, in welchen Patientin ruhig, aber stuporös, gehemmt und leicht depressiv ist. Sie sitzt unbeweglich mit gesenktem Blick im Bette und staunt vor sich hin; reagiert zwar auf Fragen, schaut einem traumverloren an, reicht einem auch ganz langsam die Hand, aber spricht kein Wort. In den erregten Zeiten ist sie mehr oder weniger ständig in Bewegung, spricht laut und zerfahren vor sich hin, wobei sie durch die Gegenstände der Umgebung abgelenkt wird. Wie im Traume wandert sie im Zimmer umher, schaut sich alles an, tastet und greift nach allem was sie sieht, blickt auch oft wie verwundert und ratlos um sich, sie scheint auch örtlich und zeitlich nicht orientiert, verkennt die Personen der Umgebung, gibt einem immer dieselben unrichtigen Namen, die aber in jeder Erregungsphase wieder auftauchen, so bezeichnet sie den Ref. stets als Pfarrer Huber. Ganz stereotyp greift sie auch bei jeder Visite nach der Krawatte des Arztes. Ihre Rede besteht meist aus abgerissenen Sätzen, ist meist in Frageform, bezieht sich auf Wahrnehmungen in der Umgebung, sie läßt sich nicht

fixieren, auch auf Fragen erhält man selten eine adäquate Antwort, meist geht der Redefluß weiter ohne die Frage zu berühren. Der affektive Rapport fehlt. Die Erregung steigert sich oft zu lautem, erregtem Reden, Toben, Zerreißen und aggressiven Handlungen. Mit den Fetzen des zerrissenen Hemdes schmückt und drapiert sie sich dann in sonderbarer Art und Weise, ihr Benehmen ist dabei oft recht störrisch, die Nahrungsaufnahme ist aber meist gut. Schmieren und Nässen kommt sehr selten vor. Die Stimmung ist bald gereizt, bald euphorisch, die Rede kann in zusammenhanglose Schimpfereien ausarten. Folgende Rede wird stenographisch aufgenommen:

„Ihr wißt nicht, was Ihr schreiben wollt, Zweifel hatte sie, glaube ich, Strahlen, Josef, eh, Fries, eh, Pauline, eh, ich habe nur verstanden, es sei dem Rudi schlecht geworden, jetzt, ich habe zwei oder, es ist mir „abagrutscht". Meint Ihr lebende Finken? Ich weiß es nicht mehr. Ist das ein Kind oder ist es ein Bübchen? Woher hast Du jetzt das? Wer ist da unten? Ich kann ... Hatte die Mutter das? Wie, wollen Sie das? Ich glaube, ja wer ... (Wissen Sie, wer ich bin?) Sind Sie der Herr Pfarrer Huber? (Haben Sie Stimmen?) Meinen Sie das Klavier? (Hören Sie reden?) Ja eben, ich habe dann noch eins gesungen, ja eben höre ich reden. (Wer redet?) Ich, wer ist da unten? ... ja, wenn mittags um 3 Uhr ... Ihr habt spässig, habe, es hat das fast nach dem geschickt, wie Jahre wie, schau jetzt dort, ein „Nuggeli", ich wollte zwei Züge nähen. (Was sehen Sie dort?) „Schnüderlig" haben Sie gesagt, wo haben Sie mir den Schein, wer ist das gewesen? Das weiß ich. (Was sehen Sie?) Ihr haltet es mir jetzt schon vor, ein Schuhlöffel. (Wissen Sie, wo Sie sind?) Nein, weiß ich nicht. (Leben Ihre Eltern noch?) Geht sie fragen, habt Ihr sie auch noch? Das weiß ich jetzt ... (Wieviel Geschwister haben Sie?) 44. (Lacht.) Abbeissen wollte ich ... Herrgott ich. Habt Ihr rot und weiß und weiß und blau? Wer ist da unten? (greift nach der Krawatte des Ref.) Habt Ihr ein Milchbuch? Die Stenographie verleidet mir. Bin ich aufgenommen, ich habe Nachttischchen gesagt. Ihr habt den „Bruch" herumgeschleppt. Wer weckt mich denn? Ich habe geglaubt, Sie meinen mich. Ist das Sophie? Das weiß allweg, ich habe dem Sophie ihr Gesicht; ich werde wohl etwas gegessen haben; ich habe Kaffeesatz verstanden."

Während des Gesprächs berührt Patientin allerlei Gegenstände, die erreichbar sind, verläßt auch oft das Bett, wandelt wie im Traum im Zimmer umher, redet vor sich hin, wendet sich in ihrem Gespräch in eine Zimmerecke. Man hat den Eindruck, daß sie Stimmen hört und daß sie laut denkt. Im ganzen kümmert sie sich wenig um den im Zimmer sitzenden, schreibenden Untersucher. Wahnideen lassen sich nicht mit Sicherheit nachweisen. Ob auch Gesichtshalluzinationen bestehen, ist fraglich. Die Erregungsperiode schließt regelmäßig mit einer mehrtägigen stuporösen Phase ab.

In der *ruhigen Phase* zeigt Patientin ein ruhiges, geordnetes Benehmen, ist freundlich, zugänglich, nimmt teil an Vergnügungen, zeigt aber im ganzen wenig Initiative, macht einen etwas apathischen, interesselosen Eindruck. Sie arbeitet gern, aber nur wenn man sie anweist, von selbst unternimmt sie nichts, sie staunt vor sich hin, verkehrt nicht mit andern Patienten, gibt aber willig Auskunft. Die Erinnerung an die Erregungsperiode ist jeweils ungenau; sie wisse nicht mehr recht, was sie während der Erregungsperiode erlebt. Sie könne nicht mehr sagen, warum sie sich aufgeregt habe, sie habe gegen niemanden etwas, habe nichts Besonderes gehört und gesehen. Es komme immer wieder über sie, ohne Grund und ohne daß sie es zum voraus merke.

Untersuchungen.

Psychiatrischer Status:

Patientin ist zeitlich und örtlich genau orientiert, Gedächtnis intakt, Merkfähigkeit ordentlich. Die Auffassungsfähigkeit, an der Wiedergabe einer Fabel geprüft, ist gut. Sie erzählt die Fabel fließend und sinngemäß. Unterschiedsfragen beantwortet sie richtig, ebenso einfache Verstandsfragen. Schulkenntnisse gut, sie entsprechen dem erworbenen Schulwissen; Additionen mit dreistelligen Zahlen, wie Multiplikationen mit zweistelligen führt sie richtig aus, auch Prozentrechnungen löst sie glatt. Kenntnisse in der Geschichte auffallend gering. Intelligenzgrad mittel. Haltung während der Untersuchung etwas schlaff. Mangel an Spontanität, unbewegliche Mimik. Affektivität lahm, aber natürlich. Stimmung indifferent, zufrieden.

Assoziationsexperiment: Reaktionszeiten stark verlängert, im Durchschnitt 10 Sekunden. Viele Komplexreaktionen, daneben vorherrschend innere, erläuternde, egozentrische Antworten, auch solche von mehreren Worten oder ganzen Sätzen, Anführung von Beispielen und Wiederholung des Reizwortes kommen vor.

Körperlicher Status:

Körperbau: vorwiegend leptosom, mit einzelnen athletischen Merkmalen, aber kräftig, muskulös, Größe 160 cm, Gewicht 66 kg, Ernährungszustand gut, Knochenbau mittelderb, Fettpolster mäßig, Haut mittelstark pigmentiert, straff, elastisch, Naevi pigmentosi und Haemangiome. Haupthaar schwarz, leicht ergrauend, lang, schlicht, Brauen verwachsen, Terminalbehaarung mittelstark, feminin. Hochkopf, Gesichtsumriß: uncharakteristisch, schmal, fünfeckig. Profil gebogen, Aussehen gesund. Nase mittellang, etwas breit, gerade, etwas gezogen, Zähne groß, zum Teil schadhaft, Zunge o. B., Hals mittellang, gedungen, leichte, derbe, diffuse Struma. Schultern mittelbreit, fast wagrecht, Brustkorb von mittlerer Breite und Tiefe, Mammae gut entwickelt, Lungen o. B., Herz in normalen Grenzen. Spitzenstoß etwas hebend, leises systolisches Geräusch über allen Klappen. In der *ruhigen Phase:* Puls 76, regelmäßig, von mittlerer Größe und Spannung. Blutdruck 130:80 mm Hg. Mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 7 mm. Blutzucker 59 mg%. Reststickstoff 30,6 mg%. Weißes Blutbild: 7370 Leukocyten, 57,5% Neutrophile, 6% Eosinophile, 0% Basophile, 28,5% Lymphocyten, 8% Monocyten, 0% Plasmazellen. Abdomen: mit mäßigem Fettpolster, sonst o. B., Leber und Milz in normalen Grenzen. Urin und Stuhl o. B. Becken breit. Extremitäten von mittlerer Länge, Hände und Füße feingliedrig. Sprache o. B. Gang natürlich. Sensibilität o. B. Pupillen beidseits rund, gleich, eng, Reaktion auf Licht und Akkommodation prompt, Augenbewegungen o. B., Iris grau. Haut-, Sehnen- und Periostreflexe beidseits gleich, schwach. Feinschlägiger Tremor.

Die entsprechende Untersuchung während der *Erregungsphase* ergibt folgende abweichende Befunde: Blutdruck 160:110 mm Hg. Mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit 6,5 mm Hg. Blutzucker 147 mg%. Reststickstoff 97 mg%. Puls 68, regelmäßig, mäßig gefüllt, etwas gespannt. Weißes Blutbild: 8100 Lymphocyten,

62,5% Neutrophile, 3% Eosinophile, 1% Basophile, 30,5% Lymphocyten, 3% Monocyten, 0% Plasmazellen.

Beurteilung.

Es fällt die starke Belastung vs. und ms. mit Geisteskrankheiten auf. Ein Großonkel vs. litt an manisch-depressivem Irresein; obwohl die Krankheit erst in höherem Alter auftritt und obwohl vorübergehend paranoide Symptome sich im Krankheitsbild zeigen, kann an der Diagnose nicht gezweifelt werden. Die erbliche Belastung ms. ist unklar: zwar werden eine Großtante und eine Tante der Patientin als schwermütig bezeichnet, aber eine Internierung wird nicht erwähnt und auch über die Natur der Depression ist uns nichts Genaues bekannt. Die Mutter der Patientin scheint ebenfalls in den letzten Jahren psychisch verändert gewesen zu sein. Ihre Verstimmungen können sowohl als leichte depressive Phasen zirkulärer Natur, als solche epileptischen oder psychopathischen Ursprungs gedeutet werden. Die Krankheit der Patientin beginnt mit 16 Jahren. Bis zum 25. Altersjahr tritt regelmäßig jedes Jahr eine Verstimmung auf, deren Dauer allmählich zunimmt. Der schizophrene Charakter derselben tritt von Anfall zu Anfall immer deutlicher zutage. Vom 25.—31. Lebensjahr macht Patientin einen deutlichen katatonen Schub durch, in dessen Verlauf sich bereits periodische Schwankungen zeigen. Neben zahlreichen katatonen Symptomen zeigen sich auch Körperhalluzinationen und Veränderungsgefühle, so daß an der schizophrenen Natur der Erkrankung nicht gezweifelt werden konnte. Nach Ablauf des Schubes tritt jedoch Heilung ein. Nach wenigen Jahren bricht die Krankheit erneut aus und dauert seither an. Im Verlaufe dieses letzten Schubes sind die periodischen Erregungszustände immer deutlicher hervorgetreten. Der Erregungsablauf ist einförmiger geworden und ist durch folgende Momente charakterisiert: plötzlicher Beginn, während des Verlaufs treten wohl ruhige, aber nie rapportfähige Momente auf. Abschluß mit einer depressiven, stuporösen Phase und Übergang in eine Periode ruhigen, geordneten Benehmens oder in eine neue Erregungsphase. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen motorische Erregung, Halluzinationen, andauernde Verkennung der Umgebung, vielleicht Herabsetzung des Bewußtseins. Die Disso-

ziation in der Rede scheint, wie das angeführte Beispiel vermuten läßt, durch Halluzinationen bedingt zu sein. Patientin erwacht aus diesem Zustande wie aus einem Schlaf und hat für die Vorgänge während der Zeit der Erregung eine deutliche Amnesie. Diese Zustände könnten am ehesten als halluzinatorische Erregungs- und Verwirrtheitszustände, die von stuporösen Phasen unterbrochen werden, bezeichnet werden. Nach Ablauf der psychotischen Periode sind irgendwelche wesentliche Defekte nicht zu konstatieren; affektiver und intellektueller Rapport sind ausgezeichnet, es fällt einzig der Mangel an Spontanität und an Interesse für die Situation und die Zukunft auf. Eine Parallelerscheinung dazu stellt das Resultat des Assoziationsexperimentes dar. Die allgemein außerordentlich langen Reaktionszeiten lassen sich durch eine Hemmung der Assoziationsvorgänge während der ruhigen Phase erklären. Merkwürdig ist wiederum die Einstellung zur Krankheit. Patientin redet nie spontan von ihrer Erkrankung, gibt auch auf Fragen nur ungern und unbestimmt Auskunft und wartet gottergeben die nächste Erregungsphase ab. Die Krankheit wurde bisher als Schizophrenie (Katatonie) mit periodischem Verlauf bezeichnet.

Beim organischen Befund fällt die Steigerung des Blutdrucks und die Erhöhung des Blutzuckers und RN während der Erregungsphase auf. Auffallenderweise zeigt der Urinbefund nichts Pathologisches. Bei der Eosinophilie handelt es sich um einen Nebenbefund.

Fall 5.

A. B., 45jährig, Landwirt.

Vater: Landwirt, von kräftigem Körperbau, muskulös, von Charakter rauh, selbstsüchtig, abergläubisch, übertriebene Sorge um Hab und Gut, streng, unfreundlich. In seinem 34. Lebensjahr plötzlich geistesgestört; Beginn mit Schlaflosigkeit, Unbeständigkeit, abergläubischen Befürchtungen, dazu religiöse Wahnideen, griff in der Kirche den Pfarrer an, mußte gefesselt werden, redete stundenlang von Gott und Teufel. Vom 24. Dezember 1894 bis 7. April 1896 in der Heil- und Pflegeanstalt St. Urban. Bei der Aufnahme Durcheinanderreden, er sei verhext, er sei nicht richtig im Kopf,

es spreche ihm immer jemand in die Ohren, nicht orientiert, plötzlich gewalttätig. Während seines Aufenthaltes zeitweise Nahrungsverweigerung, Visionen, sieht die Engel und die Mutter Gottes, hört auch die Stimme Gottes, die ihm Befehle gibt, im übrigen autistisch, immer für sich allein, unzugänglich; rascher Stimmungswechsel, oft freudig erregt, betet oft den ganzen Tag, bittet, man solle ihm seine Sünden verzeihen. Diagnose: Hallunzinatorischer Wahnsinn. Ungebessert entlassen. Wurde nachträglich noch ein Jahr zu Hause eingeschlossen gehalten, dann auf sein inständiges Bitten freigelassen und arbeitete von da an wie normal. Starb 71jährig an Wassersucht. Mutter: gesundheitlich schwächlich, schmal und schlank, gutmütig, zärtlich. Großvater vs. sonderbar, hart. Ein Großonkel vs. Epileptiker. Eine Großtante vs. 2 Jahre irrsinnig, ein Sohn derselben ebenfalls irrsinnig. Die Urgroßmutter vs. ebenfalls irrsinnig. Patient ist das erste von drei Kindern. Ein Bruder groß, breitschultrig, unternehmend, heiter, gesprächig, normal, alles leicht nehmend. Eine Schwester in Amerika.

Als Kind gesund. In der Schule nicht gerade der beste, bleibt einmal sitzen. 1903 und 04 eine schwere Lungen- und Brustfellentzündung. Schon in den Jugendjahren etwas eigen. Mit 25 Jahren Heirat. 1918 stirbt die Frau an Grippe, hinterläßt ihm drei Kinder. Heiratet 1923 wiederum. Von der zweiten Frau hat er zwei Kinder. Kommt schon mit der ersten Frau nicht gut aus. Mit der zweiten anfänglich sehr gut, später ebenfalls viel Streit und Unfrieden. 1925 kauft er ein Gut.

Am 27. Mai 1929 wird er nach St. Urban eingewiesen. Ist schon seit längerer Zeit auffällig, hat Geldsorgen und studiert deswegen viel, ist zeitweise ganz verwirrt und macht sonderbare Sachen; er läuft mit der Sterbekerze herum, geht im Hemd zum Vater. Kommt deshalb in die Nervenheilanstalt Oberwil, wird dort nach 12 Tagen wieder entlassen. Nach einem Monat ist er aber wieder erregt und wird diesmal in eine Zwangsarbeitsanstalt versorgt, wo er jedoch unruhig, lärmend, aggressiv sich benimmt und durch den herbeigerufenen Arzt in die Irrenanstalt eingewiesen wird.

Aufenthalt in St. Urban vom 27. V. 1929 bis 13. IV. 1931.

Anfänglich starke motorische Unruhe, redet beständig daneben, macht den Eindruck eines Alkoholdeliranten. Nach zwei Tagen auf-

fallende Besserung. Patient ist ruhig, orientiert, gibt Auskunft, aber ungern und spärlich, erinnert sich nicht recht an das, was die letzte Zeit gegangen ist. Die nächsten Tage ist er verschlossen, depressiv gestimmt. Nach 14 Tagen Verschlimmerung, er ist erregt, wälzt sich im Bett herum, antwortet nicht, verweigert zum Teil die Nahrungsaufnahme, spricht erregt mit sich selber, halluziniert offenbar lebhaft. Die Erregung klingt nach 10 Tagen wieder ab. Es folgt eine Periode, während welcher er zeitlich und örtlich orientiert ist, sich ruhig und verständig aufführt, zur Arbeit ausrückt; er ist wortkarg, aber freundlich mit adäquaten Affekten, negiert Stimmen. Nach 10 Tagen wiederum eine Erregungsperiode. Ist dabei depressiv gestimmt, weint viel, spricht wirres Zeug, ablenkbar, tobt, ohne direkt aggressiv zu sein, fuchtelt mit den Armen, klatscht mit den Händen, macht seltsame, manierte Bewegungen und Gesten, hält auch lange Zeit die Hände gefaltet, gibt keine Antwort; starr-ängstlicher Blick, starke Tachykardie.

Von da an kehren die Erregungszustände in ziemlich regelmäßigen Abständen von 8—10 Tagen in auffallender Gleichartigkeit wieder, charakterisiert durch motorische Unruhe, Grimassieren, blitzartige Körperdrehungen, Sichumherwerfen im Bett, Ablenkbarkeit durch äußere Reize, gereizte oder depressive Stimmung, Mutismus oder wirre Selbstgespräche, unmotiviertes Lachen, Beziehungsideen, religiöse Erlebnisse. Man hört ihn plötzlich rufen: „Heiland oder Teufel, das ist mir jetzt ganz gleich, aber der Heiland wird schon gewinnen, er kann den Teufel in der Hölle an einem Faden herumführen“, oder „Ich bin ein Tropf, der Tropf ist nicht Gott und Gott ist nicht ein Tropf“. Dauer der Erregungszustände 8—14 Tage. In der Zwischenzeit ruhig, etwas verschlossen, teilweise Amnesie für die Dauer der Erregung, Affekte adäquat, schafft aber nicht sehr arbeitsfreudig.

Eigene Beobachtung ab Januar 1931.

Patient macht von Anfang Januar bis Mitte April 1931 sechs Erregungsperioden durch. Durchschnittliche Dauer neun Tage, die kürzeste beträgt sechs, die längste 16 Tage. Die ruhigen Zwischenstadien dauern im Durchschnitt ebenfalls neun Tage, das kürzeste vier, das längste 13 Tage. Der Umschwung von der ruhigen in die *erregte Phase* erfolgt ziemlich plötzlich, doch merkt

man, wenn man gut beobachtet, schon einige Stunden bis Tage vorher dem Patienten eine gewisse Unruhe an. Er fängt spontan zu erzählen an, allmählich gerät er in eine gereizte Stimmung, der Gesichtsausdruck wird gespannt, der Blick bekommt etwas Wildes, die Antworten klingen immer erregter und schärfer, schließlich legt er sich zu Bett und ist von da an mehr oder weniger in ständiger, gespannter Unruhe, die sich zeitweise motorisch entlädt durch erregtes, zerfahrenes Reden, wobei er Worte der andern Patienten auffängt und daran anknüpfend mit derben und giftigen Redensarten antwortet, so daß oft längere Gespräche zwischen ihm und den Mitpatienten entstehen, aber ohne rechten Zusammenhang. Er bekommt dabei einen hochroten Kopf und seine Stimme zittert vor Erregung. Er macht dazu auch lebhafte Gesten, wirft den Oberkörper ruckweise hin und her, trommelt mit den Fäusten gegen die Bettladen, gegen die Wand, kneift die Augen zusammen, grimassiert, klatscht mit den Händen, deutet mit den Fingern in der Luft herum. Dazwischen wieder Zeiten, in denen er ganz steif und gespannt da liegt, krampfhaft die Hände faltet, kein Wort sagt und auf Fragen nicht reagiert. Während der ganzen Erregungsphase schwitzt er stark. Der Übergang in die ruhige Phase erfolgt allmählich durch Abklingen der Erregung. Patient schläft viel, löst stark konzentrierten, dunklen Urin, er verlangt zu trinken, wird zugänglicher, steht schließlich spontan auf. Gegen das Ende der Erregungsphase oft depressiv gestimmt, weint still vor sich hin.

Ruhige Phase: still, meist für sich, staunt zum Fenster hinaus, anfänglich ohne Arbeitslust, fühlt sich noch müde und abgeschlagen, ist wortkarg. Über die Erregungsperiode erfährt man von ihm nichts Bestimmtes, seine Antworten klingen ausweichend, er will sich nicht an irgendwelche Erlebnisse erinnern können; Sinnestäuschungen negiert er, so oft man ihn frägt. Im übrigen ist er aber zugänglich, freundlich, läßt sich über seine Vergangenheit ausfragen. Der Gemeinderat sei schuld an seinem Unglück, sie hätten ihm zu viel Steuern verlangt und hätten ihn geplagt, bis er verrückt geworden sei.

Untersuchungen.

Psychiatrischer Status:

Haltung etwas nachlässig, Benehmen ruhig und frei, etwas lahm, Gesichtsausdruck etwas müde, Mimik bewegungsarm, Stimmung ernst, Verhalten autistisch, Orientierung zeitlich und örtlich vorhanden. Gedächtnis, ausgenommen für Erlebnisse der Erregungsphase, intakt, Intelligenz unter Mittel, ist nicht imstande eine einfache Fabel zu reproduzieren, Schulkenntnisse sehr mangelhaft, versagt auch bei einfachern Unterschieds- und Verstandesfragen, Vorstellungsablauf geordnet, Affektivität stabil, Reiz adäquat, keine Anhaltspunkte für Halluzinationen und Wahnideen, etwas mißtrauisch.

Körperlicher Status:

Körperbau vorwiegend leptosom mit pyknischen Merkmalen. Größe 183 cm, Gewicht 67 kg. Ernährungszustand gut, Knochenbau derb, Muskulatur fest, mäßig entwickelt, Fettpolster mäßig, Haut mittelstark, pigmentiert, elastisch, Akne, Haupthaar braun, an den Schläfen ergrauend, buschig, gewellt, Brauen verwachsen, Terminalbehaarung stark, maskulin, Behaarung in der Sakralgegend. Kopf mittelgroß, Gesichtsumriß eiförmig, Profil scharf, leicht gebogen, bis winklig, Nase lang, schmal, spitz, gezogen, gerade, Zunge o. B. Zähne z. T. fehlend, z. T. schadhaft. Hals schmal, Thyreoidea nicht vergrößert, Schultern schmal, etwas hängend, Brustkorb mittelbreit, tief, gewölbt, eher emphysematös. Lungen: Atmung r. leiser als l. Herz in normalen Grenzen, blasendes systolisches Geräusch über der Herzspitze. In der Ruhephase Puls 70, regelmäßig, gut gefüllt und gespannt, Blutdruck 130 : 90 mm Hg. Abdomen ziemlich dick, kompakter Fettbauch. Leber und Milz in normalen Grenzen. Urin o. B. Becken mittelbreit, Extremitäten lang, schmal, grobgliedrig; Sprache frei, deutlich, Gang etwas nachlässig, Sensibilität o. B. Pupillen beidseits rund, mittelweit, Reaktion auf Licht und Konvergenz prompt, Augenbewegungen frei, Iris blau, Reflexe beidseits gleich, prompt, Haut-, Periost- und Sehnenreflexe normal.

Die entsprechende Untersuchung während der *Erregungsphase* ergibt folgende abweichende Befunde: Puls um 120, regelmäßig, gut gefüllt, gespannt, Pupillen beidseits gleich eng, hie und da

auch sehr weit, reagieren prompt, aber wenig ergiebig. Im Urin Spuren von Eiweiß, bis 0,2 ‰ Eßbach. Reflexe etwas erhöht.

Katamnese:

Nach seiner Entlassung am 14. April 1931 kommt Patient zu einem Bauern und arbeitet im Landwirtschaftsbetrieb; er hält sich ordentlich. An Pfingsten macht er eine Wallfahrt nach Einsiedeln und kehrt in ganz verwirrtem Zustande zurück. Er wird bei seinem Bruder in einer ausbruchsichern Kammer untergebracht, bis die Erregung nach einigen Tagen abklingt. Arbeitet von da an bei seinem Bruder, aber nicht sehr viel, ist nachts oft unruhig. Am 18. Juli verläßt er den Bruder, um eine leichtere Stelle im Kanton Aargau anzutreten, aber schon am 21. Juli wird er in ganz erschöpftem Zustande in der Nähe von Zürich von der Polizei aufgegriffen und ins Kantonsspital eingeliefert. Von dort wird er mit der Diagnose Schizophrenie ins Burghölzli eingewiesen.

Beim Eintritt am 23. Juli 1931 steif mutistisch, führt aber Befehle aus. Anfänglich absolut teilnahmslos, negativistisch, autistisch, hält die Hände gefaltet, schaut mit flehendem Blick gegen den Himmel. Nach einigen Tagen bekommt er hohes Fieber, wird unruhiger, wälzt sich im Bett herum, muß auf eine unruhige Abteilung versetzt werden. Am 1. August erwacht er plötzlich und gibt guten Bescheid, weint aber ohne Grund wie ein kleines Kind, ist ängstlich, drängt nach Hause. Gibt über seine Vergangenheit gut Auskunft, äußert auch hier wieder, daß man ihn geplagt und verrückt gemacht habe. Aus der Reaktion des Patienten auf Fragen nach Halluzinationen zu schließen, besteht kein Zweifel, daß er viel Körperhalluzinationen hat. Über seinen durchgemachten Zustand macht er folgende Angaben: Er habe „so eine Angst“ in sich gefühlt, es sei ihm so „jastig“ gewesen. Von Stimmen will er nichts wissen. Bei der Untersuchung im Burghölzli konstatierte man weiter: steife Mimik, Mangel an affektivem Rapport, mißtrauisch, ängstliche Grundstimmung.

Diagnose: schwer katatoner Anfall mit Fieber unbekannter Genese, der rasch abgeklungen ist, mit einleitendem schizophrenen Dämmerzustand. Am 5. August wird er, da der katatone Schub endgültig vorbei zu sein scheint, als gebessert nach Hause entlassen.

Patient kommt wieder zu seinem alten Meister ins Muotatal, macht im Herbst eine kurze, unbedeutende Störung gewohnter Art durch, sonst ist man mit seinem Verhalten zufrieden.

Beurteilung.

Die Erkrankung des Vaters kann wohl als katatoner Schub angesehen werden, bei dem Halluzinationen und wahnhafte religiöse Erlebnisse vorherrschen; er heilte ohne wesentlichen Defekt aus. Insofern ist der Krankheitsfall ähnlich demjenigen des Patienten, doch fehlen in den Angaben Bemerkungen, die für eine Periodizität des Ablaufs sprechen würden. Während Vater und Großvater, wie unser Patient, schizoide Persönlichkeiten sind, zeigt der Bruder einen hyperthymen Charakter. Die Epilepsie des Großonkels könnte einen verleiten, auch beim Patienten eine epileptoide Konstitution anzunehmen, welche das anfallsweise Auftreten der Psychose erklären würde. Abgesehen von den wahnhaften religiösen Erlebnissen haben wir jedoch bei dem Patienten keine epileptischen Veränderungen.

Die Erkrankung entsteht auf dem Boden einer schizoiden Charakteranlage, beginnt aber erst im 42. Altersjahr. Sie zeigt von Anfang an den Wechsel von erregten und ruhigen Phasen; erstere haben den Charakter halluzinatorischer Zustände, welche von starken psychomotorischen Erregungen begleitet sind. Im Beginn der Psychose sind wahnhafte religiöse Erlebnisse unverkennbar, im Verlaufe der Krankheit werden die Angaben darüber immer spärlicher; der Erregungsablauf wird dafür immer gleichförmiger. Die Erregungsperioden gleichen einander auffallend, die motorischen Äußerungen entsprechen der hochgradigen Erregung, deren Ursache im psychotischen Erleben zu suchen ist, sie haben einen elementaren Charakter und zeigen eine gewisse Stereotypisierung. Es handelt sich somit um halluzinatorisch-katatone Zustände, die die Tendenz haben periodisch aufzutreten, die aber, wie das Experiment der Entlassung gezeigt hat, plötzlich unterbrochen werden können, sei es unter dem Einfluß der Milieuveränderung oder der willensmäßigen Umstellung des Patienten. Interessant ist, daß, wie die Katamnese berichtet, der Rückfall in der Anstalt Burghölzli, wohin Patient eingeliefert wurde, und wo man über die frühern Zustände nicht genügend orientiert

war, als neuer katatoner Schub angesehen wurde. Doch läßt sich aus der Beschreibung des Anfalls ersehen, daß es sich um einen der gewohnten, kurzdauernden periodischen Erregungszustände gehandelt hat, wie sie in der Anstalt St. Urban aufgetreten waren.

Auch in diesem Falle ist keine wesentliche Persönlichkeitsveränderung zu konstatieren, abgesehen von der Tendenz, die Krankheit abzusperren und die psychotischen Erlebnisse zu negieren.

Unter den organischen Befunden fallen die Tachykardie, die Schweißausbrüche, das Fieber, und der Eiweißbefund im Urin während der Erregungszeit auf, Symptome, die sich jedoch alle als Parallelerscheinungen der hochgradigen Erregung deuten lassen.

Fall 6.

A. A., Dienstmagd, 49jährig.

Vater mager und schlank, gutmütig, nahm alles etwas schwer, starb 75jährig an einer Nierenkrankheit. Mutter mittelgroß, fest und rundlich, eine fröhliche Natur, starb 69jährig an einer Leberkrankheit. Beide stammten aus ärmern Bauernfamilien und hatten einen friedfertigen Charakter. Eine Tante ms. soll von Zeit zu Zeit schwermütig gewesen sein, war aber nicht interniert; eine Tochter derselben zeigte ebenfalls von Zeit zu Zeit geistige Störungen, ohne daß sie versorgt werden mußte. Väter- und mütterlicherseits sind keine weitern Fälle von Geistes- oder Nervenkrankheit bekannt. Patientin ist das achte von 13 Geschwistern, von denen noch acht am Leben sind. Zwei Kinder sind gleich nach der Geburt gestorben, zwei im Kindesalter an Gichter. Ein Bruder ist 47jährig beim Heuen verunglückt. Die noch lebenden Geschwister zeigen körperbaulich und charakterologisch keine Besonderheiten. Alle sind friedfertige, arbeitsame Leute, denen man „keine Spur von Nervosität“ anmerken könnte.

Patientin besucht bis zum 14. Altersjahr mit Erfolg die Schule. Nach der Schule ist sie den Sommer über bei einer Familie in Stellung, den Winter über jeweils zu Hause. Dann ist sie in verschiedenen Stellen als Haushälterin, am längsten $6^1/_2$ Jahre bei

einem ältern Bauern. Patientin ist seit ihren jungen Jahren immer etwas „nervös“, manchmal auch zornig, ohne daß man wußte, warum, handkehrum aber auch wieder gut. Sie ist sehr arbeitsam und willig, aber gegen Tadel etwas empfindlich, außerordentlich fromm. Keine Bekanntschaft, lebt aber nicht besonders zurückgezogen.

Mit 14 Jahren macht sie eine Blinddarmentzündung durch, ohne Operation, mit 20 Jahren einen akuten Gelenkrheumatismus. Menses mit 14 Jahren; seither regelmäßig, zeitweise in dreiwöchigen Abständen und dann ziemlich stark. Seit zwei Monaten keine Menses mehr.

1921 geht eine Schwester nach Deutschland und heiratet einen Protestanten. Von da an nimmt sie alles schwer, fängt an zu studieren, meint, es sei nicht richtig gegangen, die Schwester habe es nicht gut. Leidet an Schlaflosigkeit, hat dabei strenge Arbeit zu besorgen.

Am 21. November 1923, anläßlich einer Predigt gegen die gemischten Ehen, will sie nicht mehr heim, weint; die nächsten Tage jammert sie, redet durcheinander, macht sich ganz steif, läßt sich zu Boden fallen, flucht, beschimpft die Leute, wiederholt immer wieder, den Rosenkranz in der Hand: „Deutschland, Deutschland...“, zeigt dabei auf den See, behauptet, dort sei die ausgewanderte Schwester. Am 26. tobt sie und wird in die Anstalt St. Urban eingewiesen.

1. Aufenthalt in St. Urban vom 26. XI. 1923 bis 20. V. 1924.

Beim Eintritt steif, gibt keine Auskunft, unordentlich in ihrem Äußern.

Anfänglich sehr erregt, widerstrebend, fortdrängend, nimmt steife, obszöne Stellungen ein; zeitweise ganz stuporös, momentweise wieder freier und orientiert. Ende November motorisch erregt, schmiert, drängt ständig fort, rabiat, reagiert nicht auf Fragen. Im Dezember ist sie vorwiegend stuporös, steif, gesperrt, hin und wieder plötzlich aggressiv, halluziniert, verkennt die Umgebung, äußert, sie sei verdammt, sie werde vom Teufel geplagt, weil ihre Schwester einen Protestanten geheiratet; zeitweise etwas ruhiger, aber steif und interesselos.

Bis Mai 1924 wechselndes Verhalten; bald stuporös, steif und regungslos im Bette liegend, bald erregt, aggressiv, bald etwas freier, orientiert, verkennt aber die Personen der Umgebung; hin und wieder kann sie etwas beschäftigt werden, doch ist der affektive Rapport mangelhaft, sie ist autistisch und halluziniert.

Wird am 20. Mai ungebessert nach Hause entlassen.

2. Aufenthalt in St. Urban vom 24. V. 1924 bis 8. XI. 1926.

In der Zwischenzeit nie ganz gut, drängt fort und muß deshalb nach vier Tagen wieder in die Anstalt eingeliefert werden.

Bei der Aufnahme ruhig, orientiert, gibt Auskunft, aber nur auf ganz konventionelle Fragen, sagt immerhin, daß sie die Stimmen ihrer Verwandten höre. Den Sommer über abwechselnd bald steif, unzugänglich, liegt tagelang mit geschlossenen Augen im Bett, gibt keine Auskunft, bald freundlich. So oft man sie in den Saal nimmt zu den andern Patienten, geht sie regelmäßig am zweiten Tage, ohne ein Wort zu verlieren, auf eine andere Patientin los und schlägt sie, so daß sie wieder isoliert werden muß.

Mitte Oktober Somnifen-Schlafkur, während welcher man bessern Rapport hat mit ihr. Sie bittet, man möge sie erstechen, sie sei an allem schuld; sie ist zutraulich, weinerlich gestimmt. Die Somnifenkur verläuft ohne Zwischenfall, anschließend daran leichte Besserung, Patientin ist ruhig, noch wenig zugänglich, aber guter Laune, arbeitet. Nach kurzer Zeit jedoch wieder gereizt und gewalttätig, kann aber meistens im Wachsaal gehalten werden.

Anfang 1925 meist guter Laune, arbeitet nicht, oft sehr geladen. Im Verlaufe des Jahres wechselndes Zustandsbild, entweder in der Zelle sich schlafend stellend oder dann angeregt witzig. Erstere Zeiten immer bedeutend länger als letztere.

Im August 1926 tritt eine gewisse Besserung ein, sie arbeitet in Garten, schreibt einen netten Brief und wird am 8. November als gebessert entlassen.

3. Aufenthalt in St. Urban vom 15. XI. 1926 bis heute.

Wird wieder gebracht, weil sie schon nach drei Tagen wieder umkippt, lärmt und schimpft.

Bei der Aufnahme ruhig, sieht etwas verstört aus. Anfänglich sehr laut, gereizt, dann wie früher stumm im Bette liegend, ißt nicht, näßt das Bett und wird plötzlich aggressiv.

Zu Anfang des Jahres 1927 stets in der Zelle, unzugänglich, gewalttätig, wenn man sie aufnehmen will. Ende April vorübergehend eine gute Periode, arbeitet in der Abwaschküche. Anfang Mai schon wieder erregt. Den Sommer über recht ordentlich, arbeitet fleißig, heiter gestimmt, ruhig und bescheiden, fürchtet einen Rückfall und wünscht selber hier zu bleiben.

Im November tritt unvermutet Umschlag ein, ist plötzlich mutistisch, hält die Augen geschlossen, dann erregt, lärmend, so daß sie im Bett gehalten und isoliert werden muß. Im Dezember stets in der Zelle, will das Bett nicht verlassen; liegt ruhig im Bett mit geschlossenen Augen, hin und wieder sehr gereizt.

Im Januar 1928 Besserung. Im März wird sie versuchsweise als Aushilfe nach der landwirtschaftlichen Kolonie versetzt, muß aber nach drei Tagen wegen plötzlicher Erregung wieder zurückgebracht werden. Im April Fluchtversuch, wandert ziellos in der Umgebung der Anstalt umher und wird am andern Morgen in der Nähe des Friedhofs aufgefunden; sagt, sie habe jemand anderm Platz machen wollen. Die nächste Zeit sehr erregt, wälzt sich am Boden herum, zerreißt, oder liegt ganz kataton im Bett. Den Sommer über wieder wechselnde Zustandsbilder, bald steif mutistisch im Bett liegend, bald gereizt, widerstrebend, bald ruhig und arbeitsam. Anfangs September recht gute Periode, freundlich, hilfsbereit. Im Herbst abwechselnd ruhige und erregte Phasen, ebenfalls im Winter 1928/29.

Im Frühling 1929 eine längere relativ gute Periode, während welcher sie eher depressiv ist, recht still sich benimmt. Im Mai erfolgt wieder der Umschlag und den Sommer über zeigt sie wieder wechselndes Verhalten. Während des Schubes meist gegen jedermann sehr abweisend, überträgt anscheinend allerlei Wahnideen auf die Umgebung, liegt tagelang mit geschlossenen Augen im Bett.

Während des Jahres 1930 steter Wechsel von längern schlechten und kürzern guten Phasen. Während der erstern erregt, unrein, zerreißend, während der letztern zugänglich, gut gelaunt, willig, arbeitsam.

Eigene Beobachtung seit Januar 1931.

Patientin macht im Laufe des Jahres 1931 etwa 10 Krankheitsperioden durch, die durchschnittlich drei Wochen dauern, die ruhigen Zwischenzeiten dauern etwa 14 Tage. Der Umschwung von der ruhigen in die erregte Phase erfolgt plötzlich, während der Nacht oder während des Tages, doch fällt einige Stunden bis Tage vor dem Umschlag dem aufmerksamen Beobachter eine gewisse Unruhe oder Gereiztheit auf. Sie gerät grundlos in Streit mit andern Patienten, regt sich dabei stark auf, so daß sie isoliert werden muß, legt sich dann ins Bett und gibt keine Auskunft mehr. Die Rückkehr zur ruhigen Phase erfolgt allmählich, indem Patientin wieder zugänglicher wird, auf Ermunterung hin das Bett verläßt und wieder ihre gewohnte Arbeit aufnimmt.

Die *Erregungsperioden* verlaufen, abgesehen von kleinen Variationen, immer gleichartig. Es wechseln akinetische und hyperkinetische Zustände, bald ist sie erregt, redet andauernd tagelang vor sich hin in gereiztem Tone, läßt sich nichts sagen, wird gleich wütend, aggressiv, zerreißt, tobt in der Zelle, scheint zeitweise zu halluzinieren und die Umgebung zu verkennen, brüllt den Arzt bei der Visite an: „Du bist der Jakob Arnold, Du bist der Mörder“; anschließend macht sie aber die Bemerkung: „Du hast mir genügend Blut herausgenommen“, woraus man entnehmen kann, daß sie den Referenten doch erkennt; bald liegt sie steif und unbeweglich im Bett mit geschlossenen Augen, mit etwas gespanntem Gesichtsausdruck, reagiert nicht auf Fragen, zeigt sich widerstrebend, negativistisch, verweigert zeitweise das Essen, hin und wieder ist sie recht geladen, reagiert dann auf Fragen im gereiztem Tone, redet daneben, macht zynische Bemerkungen, behält dabei immer die Augen geschlossen. Über psychotische Erlebnisse gibt sie keine Auskunft, doch läßt sich aus den abgerissenen Antworten entnehmen, daß sie orientiert ist und die Personen der Umgebung kennt. Sie kann tage-, ja wochenlang in dieser Schlafstellung verharren. Die Erregungsphase zeigt keinen deutlichen Zusammenhang mit der Periode, die bis vor kurzem regelmäßig, bald in der ruhigen, bald in der erregten Phase auftrat, und seit zwei Monaten überhaupt ausblieb, ohne daß sich am Zyklus etwas geändert hat.

Während der *ruhigen Phase* ist Patientin zugänglich, willig, freundlich, arbeitsam, dabei gut gelaunt, witzig, lebt aber im ganzen still für sich, hat namentlich mit den andern Patienten wenig Kontakt, hält sich an die Schwestern, mit denen sie aber auch sehr wenig spricht. Bei Unterhaltungsanlässen kann sie sehr angeregt, fast ausgelassen sein, singen und jodeln. Über ihre Vergangenheit gibt sie willig Auskunft, man hat einen ganz ordentlichen Rapport mit ihr. Über ihre Krankheit berichtet sie nur ungern, die Antworten klingen ausweichend, unbestimmt: sie spüre es nicht, wenn der Umschlag erfolge, die Schwestern merkten es viel früher; sie verspüre dann einen Druck in der Magen- und Herzgegend, bekomme einen heißen Kopf, werde aufgeregt, ohne daß sie wisse warum, sie erinnere sich nicht deutlich an das, was in der schlechten Zeit mit ihr vorgehe, erst wenn es ihr die Schwestern sagen und sie längere Zeit darüber nachstudiere, komme ihr die Erinnerung daran; sie schlafe nicht und sei doch nicht ganz wach, es komme ihr allerlei vor wie im Traum, teils Sachen, die sie erlebt, teils Sachen, die sie noch nie gesehen habe; sie sehe allerlei Gestalten, die sie nicht erkenne, die ihr aber Angst machen, sie höre Stimmen, meist seien es Männerstimmen, oft sehr laut und deutlich. In der ruhigen Phase höre sie viel weniger Stimmen und seien diese auch weniger laut; was sie sagen, das könne sie nicht genau angeben, sie meine jeweils, man sage ihr wüst, es sei ihr auch, als ob sie die redenden Gestalten sehe, aber dann sehe sie sie doch wieder nicht, es müsse so eine Art „Doggeli“ sein. Sie wisse wohl, daß hinter diesen Erscheinungen nichts sei, sie wüßte auch nicht, wer etwas gegen sie hätte, man könne allerdings Gegner haben, ohne daß man es wisse; sie wüßte auch nicht, wer sie von der Ferne hypnotisieren könnte. Abgesehen von diesém Druck in der Herzgegend sei es ihr aber in diesen Zuständen immer wohl; oft sei es ihr allerdings schwer im Gemüt, oft könne sie auch kein Wort hervorbringen, wenn man sie anrede; die Augen halte sie geschlossen aus Gewohnheit, vor 20 Jahren habe sie einmal Augenbrennen gehabt, seither habe sie wahrscheinlich diese Angewohnheit. Ihre Briefe (Patientin schreibt sehr selten und nur während der guten Periode) zeigen nichts Krankhaftes, sie sind kurz und sachlich, verraten aber richtige Affekte und sind

orthographisch und syntaktisch der genossenen Schulbildung angemessen.

Untersuchungen.

Psychiatrischer Status:

Haltung straff, Benehmen etwas hastig, Antworten kurz und barsch, Gesichtsausdruck leicht gespannt, Blick momentweise stechend, Mimik etwas steif, Stimmung zu Heiterkeit neigend, Verhalten autistisch, zeitlich und örtlich orientiert, Gedächtnis intakt, was die wichtigen Ereignisse ihrer Vergangenheit anbetrifft, für die Krankheitserlebnisse unsicher und ungenau; Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Auffassungsfähigkeit o. B.: sie reproduziert eine Fabel richtig, erfaßt den Sinn jedoch nicht ganz. Schulkenntnisse und die Antworten auf einfache Verstandesfragen lassen auf eine bescheidene Schulbildung und mittlere Intelligenz schließen. Irgendwelche Halluzinationen, Illusionen, Wahnideen lassen sich während der ruhigen Phase nicht nachweisen.

Assoziationsexperiment: Reaktionszeit verlängert: 3,7 Sek., Vorherrschen der äußern Assoziationen, zunehmende Tendenz zur Wiederholung des Reizwortes, Klangassoziationen, spärliche Komplexantworten. Sachlicher Typus.

Körperlicher Status:

Körperbau: Vorwiegend pyknisch. Größe 153 cm, Gewicht 64 kg, Ernährungszustand leicht reduziert, Knochenbau mittelderb, Muskulatur fest, aber wenig hervortretend, Fettpolster mäßig, Haut glatt, elastisch, mäßig stark pigmentiert, Haupthaar braun, nicht sehr dicht, fein, weich, schlicht, mit horizontaler Stirngrenze, Terminalbehaarung im ganzen schwach, feminin. Kopf groß, frei, Hirnschädel breit und kurz, mittelhoch, Gesichtsumriß fünfeckig, Profil gerade abfallend, Aussehen etwas blaß, mager; Nase mittellang und breit, spitz ausgezogen, gerade, Zähne zum Teil defekt, Zunge o. B.; Hals kurz, gedrungen, Thyreoidea leicht diffus vergrößert, Schultern mittelbreit, wagrecht, Brustkorb von mittlerer Breite, gut gewölbt, kurz, Lungen o. B. Herzspitzenstoß im fünften Interkostalraum, ein bis zwei Querfinger außerhalb der Mamillarlinie, etwas verbreitert und hebend, die Herzgrenze perkutorisch nach l. verbreitert, erster Ton über der Spitze unrein. In der *Ruhephase:*

Puls 84, regelmäßig von normaler Füllung und Spannung, Blutdruck 130:90 mm Hg., mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 6 mm, Blutzucker 36 mg%, Reststickstoff 22 mg %.

Weißes Blutbild: 6700 Leukocyten, 63% Neutrophile, 2% Eosinophile, 1% Basophile, 28% Lymphocyten, 6% Monocyten, 0% Plasmazellen.

Abdomen: mäßiger Fettbauch. Leber und Milz o. B. Becken breit. Extremitäten eher kurz, Hände und Füße feingliedrig, Sprache deutlich. Sensibilität keine Anhaltspunkte für Störungen. Pupillen beidseits rund, mittelweit, Reaktion auf Licht und Akkommodation prompt, Augenbewegungen o. B., Iris blau. Bauchdecken- und Extremitätenreflexe beidseits gleich, lebhaft.

Entsprechende Untersuchung während der *Erregungsphase* ergibt folgende abweichende Befunde: Blutzucker 74 mg%, Reststickstoff 45,7 mg%, Blutdruck 130:90 mm Hg., mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 20 mm. Puls 88, regelmäßig von normaler Füllung und Spannung. Weißes Blutbild: 9400 Leukocyten, 79% Neutrophile, 0,5% Eosinophile, 0% Basophile, 18,5% Lymphocyten, 2% Monocyten, 0% Plasmazellen. Reflexe beidseits gleich; leicht erhöht.

Beurteilung.

Abgesehen von den Angaben über Schwermut ms. finden sich keine Geisteskrankheiten in der Familie. Die Geschwister werden uns als unauffällig geschildert, die Mutter allerdings zeigt pyknisch-zyklothyme Konstitutionsmerkmale. Da der ätiolologisch mehrdeutige Begriff Schwermut eine sichere Diagnose nicht gestattet, ist die hereditäre Belastung somit unbestimmt.

Praepsychotisch überwiegen bei der Patientin schizothyme Charakterzüge. Die Psychose tritt sehr spät auf; nach einem längern Vorstadium, in welchem Patientin psychisch verändert erscheint, bricht sie plötzlich aus unter dem Bilde einer katatonen Erregung mit Halluzinationen und Wahnideen. Die anfänglich schwachen periodischen Schwankungen werden im Verlaufe der Krankheit immer ausgeprägter, die Erregungsphasen grenzen sich gegenüber den ruhigen schärfer ab, Halluzinationen und Wahnideen treten in den Hintergrund, der Erregungsablauf wird einförmiger, katatone akinetische und hyperkinetische Zustandsbilder wiederholen sich

in jeder Erregungsphase, impulsive Handlungen, sprachmotorische Erregungen, momentane Verkennung beherrschen das Bild. Die Persönlichkeit selbst hat wenig gelitten, wie das Verhalten in den guten Zeiten beweist. Charakteristisch ist die Einstellung zur Krankheit, über die Patientin nur unbestimmte, ausweichende Angaben macht und für deren Symptome sie kritiklose Ausreden hat.

Abgesehen vom Herzbefund, der mit dem durchgemachten Gelenkrheumatismus in Zusammenhang gebracht werden kann, der beschleunigten Blutsenkung und der Leukocytose, welche durch die motorische Erregung erklärt werden können, läßt sich bei der körperlichen Untersuchung nichts Pathologisches feststellen.

Fall 7.

H. H., 37jährig, Käser.

Vater: Vize-Oberwärter in einer Irrenanstalt, groß, schlank, schmales Gesicht, sonderbarer Charakter, wortkarg, launenhaft, solid, starb 44jährig an einem Rückenmarksleiden. Mutter: 57jährig, gesund, mittelgroß, rundlich, pyknisch, lebhaft, gemütvoll, hat nach dem Tode ihres ersten Mannes (Vater von H. H.) wiederum geheiratet. Familie des Vaters allgemein als sonderbar bekannt, sollen alle einen „Sparren“ haben. Ein Onkel vs. reizbar, Trinker, mittelgroß, breit und fest. Ein weiterer Onkel ist schlank, hat etwas „Eigenes“, ist intelligent, geht gern unter die Leute. Ein dritter Onkel ist groß, fest, athletisch, ein sonderbarer, verschlossener, mißtrauischer, verbitterter Mensch, ungesellig, kommt mit den Leuten nicht gut aus, leidet an Migräne. Ein Tante vs. groß und fest, als unternehmend und heiter bekannt. Eine andere Tante klein und rundlich, soll eher einen verschlossenen Charakter haben. Eine dritte Tante von mittlerer Größe, rundlich, hat ein heiteres Gemüt und eine vierte schmal und schlank, soll gutmütig und gesellig sein. Geschwister der Mutter alle als normale, tüchtige Leute bekannt. Großvater vs. war groß und schlank, eigener Charakter, reizbar, Trinker. Großmutter vs. mittelgroß, breit und fest, ebenfalls sonderbarer Charakter, ernst, litt an Migräne. Großeltern ms. breit und rundlich, normal, tüchtig, ruhige Naturen. Ein Cousin vs. ebenfalls ein sonderbarer Charakter, war

launisch, zeitweise niedergeschlagen, fing, nachdem er ein großes Lehen übernommen hatte, an zu studieren und beging Suicid. Eine Schwester des vorigen soll ebenfalls auf unnatürliche Weise ums Leben gekommen sein, man sagt, sie habe sich ebenfalls das Leben genommen. Patient ist das erste von drei Kindern aus erster Ehe. Eine Schwester 7jährig an einer Herzkrankheit gestorben. Eine andere Schwester, schlank und schmal, ist verheiratet, lebhaft, sonderbar.

Patient ist als Kind still, kann heftig erregt werden, schließt sich wenig an andere Kinder an, besucht neun Jahre lang die Schule, ist ein guter, fleißiger Schüler, besucht nach der Primarschule noch drei Jahre Oberschule; dann erlernt er den Käserberuf, ist darauf in verschiedenen Stellen als Käser, auch in der französischen Schweiz. Zwischenhindurch nimmt er einen Chauffeurkurs, macht Militärdienst, wird aber 1916 wegen eines Herzfehlers in den Landsturm versetzt. 1914 hat er eine Bekanntschaft, die sich aber wieder löst. Seither verändert, sonderbares Benehmen, kann nirgends in Stellung bleiben. 1919 in einer Fabrik, dort Unfall: wegen eines Splitters im Oberarm im Spital. 1920 unklare Beschwerden, Druck auf der Brust und auf dem Herzen, Angstgefühle. Läuft aus der Stelle, weil zwei Nebenarbeiter, wie er meint, über ihn reden. Arbeitet dann vorübergehend in einem Torfmoos, fühlt sich aber verfolgt, meint, die Polizei stelle ihm nach, ist mißtrauisch. Am 26. April auffallendes Benehmen, steht stundenlang in einer Ecke und spricht kein Wort, fängt dann plötzlich an zu schimpfen. Am 28. wird er in die Irrenanstalt eingewiesen.

Aufenthalt in St. Urban vom 28. IV. 1920 bis heute.

Beim Eintritt zeitlich und örtlich orientiert, gibt Auskunft, zeigt aber dabei deutlich Sperrungen und Hemmungen, sieht verwahrlost aus.

Anfänglich stark gehemmt, Nahrungsverweigerung, keine Krankheitseinsicht. Auf Fragen gibt er langsam, wie vom Traume erwachend, Antwort. Wird allmählich erregt. Die Erregungen treten gegen Ende des Jahres periodisch auf; er fängt an umherzuschlagen, zu beißen, spricht ganz zerfahren, wälzt sich im Bett herum, hört Stimmen, fühlt sich verfolgt und mißhandelt.

Im September 1921 vorübergehend stark negativistisch, nimmt katatone Stellungen ein und muß sondiert werden. 1922 keine wesentliche Änderung. Es kehren regelmäßig die Aufregungszustände wieder, in denen er aggressiv wird, halluziniert und sogar unrein ist. Im November 1923 wird, da immer noch keine Besserung eingetreten, eine Somnifen-Schlafkur durchgeführt, welche die Wirkung hat, daß Patient seither weniger negativistisch und aggressiv ist; er ist zugänglicher, aber zeigt gar kein Bedürfnis aus seiner Zelle herauszukommen.

1924. Die Besserung hält insofern an, als er nicht mehr so aggressiv ist; aber er ist zeitweise immer noch sehr gereizt und laut.

1925 wieder aggressiver, lärmt die ganze Nacht durch, daß man ihn weit und breit hört. Zwischen den Erregungsphasen aber wieder ordentlich, so daß er im Sommer in den Hof genommen werden kann.

1926 immer noch wechselndes Zustandsbild, hie und da Streit mit den andern Patienten, gar keine Krankheitseinsicht. In den erregten Zeiten schreit er ganz monoton mit einer sehr hohen Stimme.

1927, immer wieder von Zeit zu Zeit aufgeregt, furchtbar lärmend, krankhafte Ideen gegen das Personal äußernd, muß wegen seiner Aggressivität in der Zelle gehalten werden. Tagsüber steht er auf, ist zu keiner Arbeit zu bewegen, studiert aber dafür fleißig in einer französischen Grammatik.

1928 macht er wieder mehrere längere Erregungsperioden durch, wobei er sehr laut ist und schreit, unter dem Einfluß von Halluzinationen, von Weiberstimmen steht. Redet man ihn an, gibt er richtig Auskunft, aber allmählich steigert sich die Erregung, wobei die Stimme immer höher wird; muß in der Zelle gehalten werden, weil er draußen meistens erregt wird; in der Zelle hingegen ist er ruhig und fühlt sich wohl. Liegt bei der Visite meistens unter der Decke, gibt keinen Bescheid, verzieht bei der Begrüßung höchstens sein Gesicht zu einem gezierten Lächeln.

1929. Im Sommer rückt er zur Arbeit aus, muß sie aber immer wieder unterbrechen, infolge der periodisch auftretenden Erregungszustände. Haust während der Erregungsphase immer in

seiner Zelle, wo er einen mit paranoidem Blick und steifem Lächeln empfängt. Er ist immer sehr sauber, liest in Zeitschriften, schreibt Briefe, in denen er teure Handharmonikas bestellt. Die Briefe sind auffallend sauber geschrieben, doch inhaltlich arm, eher affektlos.

1930 abwechselnd erregte Zeiten und ruhige, in denen er zur Arbeit geht und auch dann beinahe ganz mutistisch ist. Im April ein schwerer Erregungszustand, wobei er gewalttätig wird und mit einem spitzen Bleistift einem Abteilungswärter die Ohrmuschel durchbohrt. Die Erregungszustände sind einander ziemlich ähnlich, bald liegt er verkrochen unter der Bettdecke und reagiert nicht, bald ist er sehr gereizt, schreit und tobt, ist mißtrauisch, in der Zwischenzeit ruhig, ohne großes Bedürfnis nach richtiger Beschäftigung oder Arbeit. Gerät beim Erzählen leicht in Erregung: er sei bei vollem Verstande, er habe sich vorgenommen, jeden, der ihn angreife, ebenfalls anzugreifen, es fehle ihm in den „Nerven".

Eigene Beobachtung seit Januar 1931.

Patient hat in diesem Jahre 12 Erregungsperioden durchgemacht, sie dauerten 7—32 Tage, durchschnittlich 13 Tage. Die dazwischenliegenden ruhigen Zeiten 3—21 Tage, durchschnittlich 15 Tage. Ruhige, wie erregte Phasen boten, abgesehen von geringen Abweichungen, fast immer dasselbe Bild. Auch der Umschwung von der ruhigen in die erregte Phase und umgekehrt erfolgt immer in derselben Art und Weise. Der Übergang von der guten in die schlechte Periode geschieht scheinbar plötzlich, indem Patient eines morgens nicht mehr zur Arbeit ausrückt und in der Zelle verbleibt. Häufig gelingt es aber den Wärtern, die den Patienten ständig beobachten können und seine Eigenheiten kennen, den Umschwung vorauszusagen. Man merkt dem Patienten 1—2 Tage vorher eine gewisse innere Unruhe an. Er kommt häufiger als sonst von seinem gewöhnlichen Aufenthaltsort im Seitengang in den Mittelgang; er fängt an Briefe zu schreiben und zu reklamieren, ist dabei verschlossener, unzugänglicher.

Während der *Erregungsperiode,* d. h. in diesem Falle die Zeit, während welcher Patient in der Zelle ist (Patient wird in der

Zelle gelassen, sobald man eine gewisse Gereiztheit konstatiert und verläßt sie wieder, wenn er spontan oder auf Zureden hin den Wunsch äußert, sie wieder zu verlassen), wechselt das Krankheitsbild, aber es sind immer dieselben Zustände. Tageweise versteckt er sich unter der Bettdecke, reagiert nicht auf Begrüßung, verhält sich negativistisch. Versucht man die Decke wegzuziehen, so gerät er in eine Erregung, die sich in wenigen Sekunden ins Maßlose steigert, er fängt an zu reklamieren, zu schimpfen, zu drohen, er werde einem die Augen ausstechen usw. Der Ton seiner Stimme wird mit steigender Erregung immer höher. In diesen Momenten würde man ihn für alles fähig halten, man verläßt gewöhnlich gerne die Zelle. Stundenweise treten solche Erregungszustände auf, in denen er dann mit kreischender Fistelstimme und immer mit gleichem Tonfall wie bei einer Litanei, schimpft, reklamiert, droht oder mit lauter Stimme liest, singt oder deklamiert in Deutsch oder fürchterlichem Französisch. Tageweise kann er zwischenhinein wieder bloß mutistisch sein, mit pedantischer und umständlicher Gründlichkeit seine Toilette besorgen. Redet man ihn an oder frägt ihn aus, so gerät er gleich in ein erregtes Reden, verrät äußerste Gereiztheit, benimmt sich, als ob man ihn angegriffen, beschuldigt hätte, als ob man ihn wegen seiner Religion, seiner Abstammung Vorwürfe gemacht hätte, redet, als ob er mit der Anstalt, mit der Heimatgemeinde, mit Ärzten und Wartpersonal in Streit wäre. Allerlei Vorkommnissen aus näherer und früherer Vergangenheit in- und außerhalb der Anstalt legt er besondere Bedeutung zu, sieht Zusammenhänge und Beziehungen, die uns unerklärlich sind. Alle möglichen Umstände werden kunterbunt im Tone der Anschuldigung vorgebracht; er verweist dabei auf das reformierte Kirchenblatt und meint, man bestreite die Tatsachen, die darin stünden, kommt dabei von der Roggwiler Kirche und einer Reformationschronik auf St. Urban, von der Kirche auf die Glocken, von den Glocken auf die Orgel, von der Orgel auf seine ersten Besuche in der Kirche zu sprechen. Alles bringt er in gereiztem Tone, zitternd vor Erregung und bleich vor Wut mit stereotypen Gesten vor, und so geht es weiter gegen Ärzte und Wärter, gegen die Klosterfrauen usw. Dem Ref. wirft er einmal vor, die Untersuchung, die er vor einiger Zeit bei ihm vornahm, hätte sicher einen Zweck

und werde wohl für das Militär verwendet werden. Nach dem Grund seiner Aufregung gefragt, gibt er wiederholt zu, er halte es hie und da nicht mehr aus, er höre Stimmen, sie kämen aus der Mauer, meist seien es nur Worte, wie ja und nein. Sie würden alles bestreiten und er müsse doch Partei nehmen, denn alles, was im Kirchenblatt stehe, sei richtig, er müsse es verteidigen. Immer wieder beschuldigt er auch Ärzte und Wärter, daß sie ihn schon seit 12 Jahren eingesperrt halten. Er reklamiert auch über allerlei Einrichtungen in der Anstalt und Maßnahmen der Ärzte und Wärter. Das Ganze macht den Eindruck einer paranoiden Schimpferei, die auf Halluzinationen und Verfolgungsideen zurückzuführen ist.

Während der *ruhigen Phase* lebt Patient still für sich und man sieht ihn nie mit jemandem sprechen, er rückt meist regelmäßig zur Arbeit aus, ist ein geschickter, exakter Arbeiter, dabei immer verschlossen, wenig zugänglich, wortkarg, aber alles beobachtend, in seinem Äußern sorgfältig gekleidet, mit allerlei Eigenheiten (kann im Zimmer den ganzen Tag den Hut aufhalten). Außer der Arbeitszeit trifft man ihn mit den Händen in den Hosensäcken, finster und steif vor sich hinblicken oder Briefe schreibend; diese sind sehr säuberlich, mit pedantisch korrekter Schrift, orthographisch richtig abgefaßt, inhaltlich aber eher arm, sich wiederholend; meist sind es zahlreiche Wünsche in bezug auf Kleidungsstücke, Toilettengegenstände, auf die er in den Briefen immer wieder zurückkommt. Hin und wieder gelingt es auch ein Gespräch mit ihm anzuknüpfen und er gibt über alles, ausgenommen seine Krankheit, willig Auskunft. Über letztere redet er nur ungern, gibt ausweichende, unbestimmte Antworten. Er gibt zwar zu, daß er in der erregten Phase vereinzelt Stimmen aus der Wand höre, will sich nicht verfolgt fühlen: er habe gegen niemanden etwas, auch die affektive Einstellung den Ärzten und dem Pflegepersonal gegenüber ist in der ruhigen Phase jeweils wieder recht gut. Er ist auch musikalisch und spielt gern und sehr gut Handharmonika. Auch gegen Mutter, Stiefvater und Stiefschwester, die ihn zwei- bis dreimal im Jahr besuchen, zeigt er sich ziemlich wortkarg, hat aber Freude an ihrem Besuch.

Untersuchung.

Psychiatrischer Status:

Haltung frei, Benehmen langsam, umständlich, ruhig; Gesichtsausdruck steif, Mimik verrät wenig innere Erregung, Stimmung indifferent, Verhalten autistisch; zeitlich und örtlich orientiert, Gedächtnis intakt, auch für die Erregungsperioden. Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit gut. Vorstellungsablauf langsam, kompliziert, Affektivität steif. Intelligenz mittel; die Fabel kann er nach einmaligem Durchlesen sinngemäß und vollständig nacherzählen, weiß die „Moral" nicht, findet sie aber, als man ihm etwas nachhilft. Bildauffassung scharf, aber etwas langsam. Unterschieds- und einfachere und kompliziertere Verstandesfragen beantwortet er richtig; Schulkenntnisse sind gut.

Assoziationsexperiment: Die Reaktionszeiten sind verlängert, betragen fünf Sekunden im Durchschnitt, es überwiegen die innern, definierenden Antworten; auch vereinzelte Komplexantworten kommen vor und Reaktionen mit mehreren Worten. Sachlicher Typus.

Körperlicher Status:

Körperbau vorwiegend leptosom. Größe 175 cm. Gewicht 70 kg. Ernährungszustand etwas reduziert, Knochenbau mittel bis zart, Muskulatur fest, Fettpolster spärlich, Haut mittelstark pigmentiert, elastisch, Epheliden im Gesicht und Akne, Haupthaar schwarz, dicht buschig in die Stirn wachsend (Pelzmützenhaar), Brauen nicht verwachsen, Terminalbehaarung stark, Behaarung über dem Sakrum. Kopf eher klein, frei, Hirnschädel mittelgroß, Gesichtsumriß verkürzte Eiform, Profil winklig, scharf, Aussehen blaß. Nase lang, schmal, etwas gebogen, Zähne in ordentlichem Zustand, Zunge o. B., Hals mittellang, schlank, Thyreoidea: leichte, diffuse Struma, Schultern breit, wagrecht, ausladend, Brustkorb flach, mittelbreit, Lungen und Herz o. B. *In der Ruhephase:* Puls 68, regelmäßig, von mittlerer Füllung und Spannung, Blutdruck 140:90 mm Hg., mittlere Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 6 mm. Blutzucker 93 mg%, Reststickstoff 33 mg%. Weißes Blutbild: 7300 Leukocyten, 78% Neutrophile, 1% Eosinophile, 0,5% Basophile, 13,5% Lymphocyten, 6% Monocyten, 1% Plasmazellen. Abdomen straff und

dünn. Leber und Milz in normalen Grenzen. Urin und Stuhl o. B. Genitale eher klein, Hoden von mittlerer Größe, Becken mittelbreit, Extremitäten lang und schlank, Hände und Füße knochig, feingliedrig. Sprache deutlich, etwas gehemmt, Gang o. B. Sensibilität o. B. Pupillen beidseits gleich, rund, mittelweit, Reaktion auf Licht und Konvergenz prompt, Augenbewegungen o. B., Iris braun, Bauchbecken und Extremitätenreflexe lebhaft, beidseits gleich, feinschlägiger Tremor.

Die entsprechende Untersuchung während der *Erregungsphase* konnte wegen der Aggressivität des Patienten nicht vorgenommen werden.

Beurteilung.

Die ausgesprochen schizoiden Charaktere vs. erklären uns die schwer schizoide Persönlichkeit des Patienten. Beachtenswert sind die pyknisch-zyklothymen Konstitutionsmerkmale bei den mütterlichen Anverwandten. Sie erklären uns vielleicht, warum trotz des schweren Verlaufs und der Dauer der Psychose bei dem praepsychotisch schwer schizoiden Patienten bisher kein schwerer Zerfall eingetreten ist. Angesichts der auffallenden Umständlichkeit, der bis zur Brutalität sich steigernden Erregung würde es naheliegen, einen epileptoiden Einschlag anzunehmen; die ausgesprochenen Migränefälle in der Familie könnten uns in dieser Vermutung bestärken. Doch zeigt das Krankheitsbild sonst gar keine Epilepsiesymptome, insbesondere fehlen Bewußtseinstrübungen oder Anfälle. Die Psychose entwickelt sich allmählich aus dem schizoiden Charakter heraus; es entsteht ein Paranoid. Seit dem 27. Altersjahr befindet sich Patient in der Anstalt. Anfänglich waren katatone Symptome, paranoide Ideen, Halluzinationen sehr zahlreich, sie treten allmählich in den Hintergrund, dafür entwickeln sich im Laufe der letzten Jahre periodische Erregungszustände, die allerdings nicht sehr scharf abgegrenzt sind. Sie zeigen den Charakter von affektiven Entladungen mit Rededrang und massiven Affektäußerungen; dabei treten spärliche, stereotype, paranoide Ideen, Negativismus und Gehörshalluzinationen auf, vereinzelt auch neue Beziehungsideen; sie werden während der guten Phase korrigiert oder abgespalten. Die Persönlichkeit ist durch die Krankheit sichtlich verändert, auch in den guten Zeiten muß sie als schizo-

phren bezeichnet werden. Der Defekt ist jedoch derart, daß Patient trotz seines mutistischen und autistischen Verhaltens einen gewissen Kontakt mit der Umwelt behält und arbeitsfähig ist. Außerhalb der Anstalt dürfte er sich, das Ausbleiben der Erregungszustände vorausgesetzt, seines starren, eigensinnigen Benehmens wegen kaum halten können.

Der körperliche Status verrät nichts Pathologisches, ein Herzklappenfehler läßt sich gegenwärtig nicht nachweisen.

Untersuchungsergebnisse.

Heredität.

Eine einheitliche erbliche Belastung läßt sich nicht nachweisen; Geisteskrankheiten, ganz allgemein gesprochen, sind in den Angaben über Heredität in allen Fällen, ausgenommen Fall 2, verzeichnet, gehäuft treten sie in Fall 1, 4 und 5 auf. Leider war es bei einer größern Anzahl von geisteskranken Verwandten unmöglich, Näheres über deren Krankheit zu erfahren und die Art der Erkrankung aufzuklären.

Nur einer von den sieben Patienten mit periodischer Psychose weist eine erbliche Belastung mit manisch-depressivem Irresein auf, und zwar Fall 4, bei dem sich ein Großonkel vs. ausfindig machen läßt, der wegen manisch-depressivem Irresein interniert war. Zwar treten dessen manisch-depressive Phasen erst im höhern Alter auf, aber die Schwankungen sind außerordentlich deutlich. Vielleicht ist es auch erlaubt, zirkuläre Störungen auf mütterlicher Seite anzunehmen. Zeitweise Verstimmungen mit Mutismus bei der Mutter und Schwermut bei Tante und Großtante ms. lassen eine solche vermuten. Gerade in diesem Falle zeigt aber das Krankheitsbild, abgesehen von der Periodizität und der deutlich depressiven Nachschwankung, wenig manisch-depressive Züge. Vom Zustandsbild ausgehend, das einem Dämmerzustand nicht unähnlich ist, würde man in der Verwandtschaft eher Fälle von Epilepsie erwarten und wäre versucht, die Verstimmungen der Mutter als solche epileptischer Natur zu interpretieren. Stellen wir uns auf den Standpunkt,

daß man nur dann von einer erblichen Belastung sprechen darf, wenn in der nächsten Verwandtschaft Geisteskrankheiten vorkommen, und schließen wir alle jene Fälle aus, bei denen pyknisch-cyklothyme Konstitutionselemente in der Familie nachgewiesen werden können (was übrigens in den meisten Fällen gelingen würde), so bleibt uns nur ein Fall, bei dem als Ursache der Periodizität eine ererbte zirkuläre Anlage in Frage kommen würde. Diese Tatsache erlaubt uns schon jetzt, die Frage zu stellen, ob die Ursache des periodischen Verlaufs unserer Fälle nicht anderswo zu suchen ist.

Wichtig ist, daß in zwei von unsern Fällen (1 und 5) Schizophrenie, in einem (7) deutlich Schizoidie in der nächsten Verwandtschaft nachgewiesen werden kann. Es muß allerdings betont werden, daß es sich im erstern Falle um Schizophrenien von besonderem Charakter handelt. Die Diagnosen lauten: im einen Fall halluzinatorischer Wahnsinn, im andern Katatonie. Es fällt auf, daß beide nach einem verhältnismäßig kurzen, akuten, halluzinatorischen Erregungszustand in Heilung übergehen, daß die betreffenden Patienten ihr früheres Berufsleben wieder aufnehmen können und bis zu ihrem Lebensende bzw. noch nach acht Jahren rückfallsfrei bleiben. Das Krankheitsbild im Verlaufe des schizophrenen Schubes, der anscheinend keine großen Defekte hinterließ, ist übrigens demjenigen unserer Fälle nicht unähnlich.

In vier Fällen (2, 4, 5 und 7) sind Symptome in der Familie zu verzeichnen, die in den Kreis der Epilepsie gehören könnten. Bei der Tante von Fall 2 ist der genuin-epileptische Ursprung der Anfälle sehr fraglich, da dieselben nur vorübergehend auftreten. Die epileptische Natur der Verstimmungen bei der Mutter im Falle 4 ist ebenfalls sehr unsicher. Bei Fall 6 handelt es sich lediglich um den Nachweis von Migräne bei Bruder und Mutter. Und nur in einem Falle (5) scheint die Diagnose Epilepsie beim Onkel vs. sicher zu stehen.

Bei zwei Fällen (3 und 6) genügen die Angaben über Heredität nicht, um irgendeine bestimmte Belastung anzunehmen.

Nur bei zwei Fällen (2 und 3) finden sich Angaben über Nervosität und nervöse Erscheinungen in der Familie. Wenn man bedenkt, daß der Laie die Diagnose Nervosität meist aus dem Benehmen der Betreffenden stellt, also aus der Ausdrucks-

motorik, so liegt der Gedanke nicht fern, bei diesem Patienten eine vererbte Anlage zu motorischen Entladungen anzunehmen. Daß eine solche leichte Ansprechbarkeit des motorischen Ausdruckssystems vererblich ist, dafür sprechen Untersuchungen, wie diejenigen *E. Guttmann* über die Heredität bei Chorea minor *(Lit. 2)*. Der Autor konnte feststellen, daß Erkrankungen mit Beteiligung des motorischen Systems in der Heredität von Chorea-minor-Kranken häufig sind und erklärt sich diese Erscheinung durch eine vererbliche, konstitutionelle Anlageschwäche gewisser motorischer Systeme. Diese Annahme dürfte wohl nicht nur für die unwillkürliche, sondern auch für die willkürliche Motorik Geltung haben.

Körperbau.

Die Bestimmung des Körperbautypus wurde nach *Kretschmer*schem Schema *(Lit. 3)* durchgeführt. Fünf Fälle zeigen vorwiegend leptosomen Körperbau, zwei einen pyknischen. Von den Leptosomen wiederum zeigen zwei vereinzelte pyknische Merkmale, und zwar Fall 1 und 5, während 3 und 4 athletische Züge aufweisen und Fall 7 ziemlich rein leptosom ist.

Vom Körperbau ausgehend könnte somit nur bei den zwei Fällen mit pyknischen Habitus und bei jenen leptosomen, die pyknische Einschläge zeigen, eine periodische Psychose mit manisch-depressivem Krankheitsbild erwartet werden, vorausgesetzt natürlich, daß man sich auf die Kretschmerschen Anschauungen über die Beziehung zwischen Körperbau und Psychose stützt. Darnach *(Mauz, Lit. 6)* sollen auch pyknische Schizophrene durch den mangelnden Zerfall der Persönlichkeit ausgezeichnet sein. Daß die Prognose trotzdem nicht allgemein als günstig bezeichnet werden kann, dafür spricht der Verlauf unserer Fälle 2 und 7, die als pyknische Schizophrene gelten können und die trotz gut erhaltener Persönlichkeit nicht von der Anstalt loskommen.

Praepsychotische Persönlichkeit.

Das Resultat der Nachforschung ist insofern einheitlich, als keiner der sieben Fälle schizoide Charakterzüge vermissen läßt. Wohl fehlen bei 1, 2 und 3 hypomanische Merkmale nicht, sie werden uns alle, namentlich aber Fall 1 als unternehmend, fleißig und betriebsam geschildert. Doch scheint ihnen allen die gemüt-

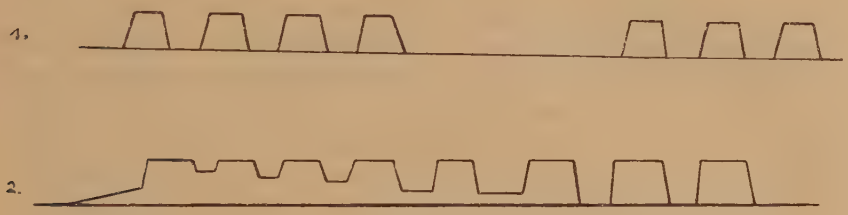
liche, humorvolle Komponente des Cyklothomen gefehlt zu haben. Die übrigen Fälle zeigen ausgesprochen schizothyme Eigenschaften vor der Erkrankung. Es sind stille, zum Teil verschlossene, eigensinnige und reizbare Naturen; abgesehen von Fall 7, der schon früh eigene Wege geht, fallen alle vor ihrer Erkrankung in ihrem Benehmen und in ihren Äußerungen nicht besonders auf. Sofern ein Rückschluß von der gegenwärtig noch wenig veränderten Persönlichkeit auf die praemorbide gestattet ist, so läßt sich sagen, daß die gegenwärtigen Befunde mit den Angaben über die Persönlichkeit vor der Erkrankung ziemlich übereinstimmen. Ausgehend von der praepsychotischen Persönlichkeit würden wir wiederum, abgesehen von den ersten drei Fällen mit vereinzelten cyklothymen Eigenschaften, kaum etwas Zirkuläres in Verlauf und Krankheitsbild erwarten dürfen.

Bezeichnungen in der Schilderung der praepsychotischen Persönlichkeit allerdings wie erregbar, reizbar, nervös, heftig, bei einer Reihe von Fällen (2, 3, 6, 7) sprechen auch für eine Anlage zu motorischen Entladungen, welche dann in der Psychose besonders deutlich hervortritt. Sicherlich spielt auch die Debilität eine Rolle in der Entstehung motorischer Reaktionen. In zwei von unsern Fällen konnte eine Geistesschwäche mäßigen Grades festgestellt werden. Nicht nur Kinder, auch Debile haben die Neigung auf Unlustgefühle, seien sie exogen oder endogen bedingt, mit motorischen Äußerungen zu reagieren. Das mangelnde sprachliche Ausdrucksvermögen zwingt beide mit Gesten nachzuhelfen und mit Hilfe der Motorik sich Geltung zu verschaffen. In der Psychose wird dieses Moment besonders stark hervortreten.

Verlauf und Krankheitsbild.

Wir können zwei Verlaufstypen unterscheiden: 1. bei einer Reihe von Fällen (1, 2, 4 und 5) beginnt die Psychose plötzlich mit kurzen Erregungszuständen, die sich periodisch wiederholen; 2. in den übrigen Fällen (3, 6, 7) beginnt die Psychose mit einem Vorstadium, und die Periodizität entwickelt sich erst allmählich aus einer längern Erregungsperiode heraus, indem sich die Erregungsphasen immer schärfer gegenüber den ruhigen, besonnenen abgrenzen und sich zeitlich fixieren. Die Unterschiede zwischen Erregung und Ruhe werden allmählich größer. Der Beginn

ist in diesem Falle kaum von dem eines gewöhnlichen schizophrenen Schubes zu unterscheiden.



Die Anfänge der Psychosen fallen in die verschiedensten Altersjahre, vom 16. bis zum 42. Bei denjenigen Fällen, deren Verlauf wir über Jahrzehnte verfolgen können, lassen sich lange, über Jahre sich erstreckende Krankheitsperioden oder Schübe unterscheiden, die sich aus kürzern Erregungs- und Ruhephasen zusammensetzen. Im Vergleich zu den Phasen des zirkulären Irreseins sind die Erregungsperioden unserer Fälle von kurzer Dauer. Die vereinzelt auftretenden (bei 1, 2 und 4) depressiven Phasen sind wenn möglich noch von kürzerer Dauer als die Erregungsphasen, insbesondere treten sie nicht regelmäßig auf, ausgenommen in einem Fall (4), bei welchem der depressive Stuporzustand den regelmäßigen Abschluß der Erregungsphase bildet.

So verschieden bei den einzelnen Fällen das Krankheitsbild ist, allen gemeinsam ist die periodisch sich wiederholende Erregung, die allmählich oder plötzlich einsetzt, einen gewissen Höhepunkt erreicht, dann mit Unterbrechung abklingt und in eine Phase übergeht, welche durch ein Minus an Impulsen charakterisiert ist. Eine Ausnahme bildet einzig Fall 2, der auch in der Zwischenzeit einen leichten Betätigungsdrang zeigt. Die Erregung äußert sich vorwiegend auf motorischem Gebiet in unbezwinglichem Rede- und Bewegungsdrang. Die Affekte beteiligen sich je nach dem Fall in verschiedenem Grade. Die Stimmungsschwankung ist jedenfalls nicht sehr ausgeprägt euphoristisch oder depressiv. In den Erregungsphasen dominiert die Gereiztheit, in den ruhigen die Indifferenz. Das Bild der Erregungsphase wechselt von Fall zu Fall. Es finden sich manische Bilder,

z. B. bei Fall 1 im Beginn der Erregung, katatone Bilder, doch sind letztere durchaus nicht vorherrschend; es handelt sich vielmehr um hyperkinetische Bilder von mehr oder weniger katatonem Charakter, welche als Äußerungen der rein motorischen oder motorisch-affektiven Erregung verständlich sind; die klassischen Symptome der Katatonie treten in den Hintergrund. Neben ideenflüchtigem Redefluß kommt auch eine besondere Art von Inkohärenz vor, welche nicht mit Begriffs- und Sprachzerfall zu erklären ist, sondern teils durch den Rededrang, der wahllos sich jeden Stoffes bemächtigt, teils durch die äußere Ablenkbarkeit, teils durch Halluzinationen erklärt werden kann. Nach Abklingen der Erregung ist der Gedankengang wiederum normal. Mit Ausnahme eines Falles (4) scheint bei allen die Orientierung vorhanden zu sein. Die Erinnerung an die Vorkommnisse und Erlebnisse während der Erregungsphase ist sehr unbestimmt, was ein Charakteristikum der Motilitätspsychosen sein soll.

Im Verlaufe der Krankheit lassen sich bei allen Fällen typische Veränderungen des Krankheitsbildes feststellen:

1. Der Vorgang der Automatisierung. Der Erregungsablauf wiederholt sich immer wieder in derselben Form; es treten immer wieder der Reihe nach dieselben Symptome auf. Die Erregung macht den Eindruck eines Mechanismus, der bereit liegt, der periodisch in Gang gesetzt wird, automatisch abläuft und in Gang gehalten wird. Die Bereitschaft zur motorischen Entladung scheint im Verlauf der Krankheit zuzunehmen, der Mechanismus selbst hat sich verselbständigt, von der Persönlichkeit losgelöst; nur hin und wieder gelingt es dem Patienten, den Erregungsablauf zu durchbrechen und die Periodizität aufzuheben. Eine Milieuveränderung, wie sie die Entlassung darstellt, scheint dafür in einzelnen Fällen (2, 5) günstig zu sein. Der Rückfall kann reaktiv oder durch das Gegenteil, die Monotonie des Lebens erfolgen, wenigstens wurde bei unsern Fällen wiederholt diese Beobachtung gemacht.

2. Der Vorgang der inhaltlichen Verarmung. Zu Beginn der Psychose sind in den Krankengeschichten noch psychotische, wahnhafte Erlebnisse, Halluzinationen, Wahnideen häufig erwähnt. Im Verlaufe der Krankheit tritt nun kein Ausbau, keine Systema-

tisierung ein, im Gegenteil, die krankhaften Äußerungen werden immer spärlicher, die Psychose wird inhaltlich ärmer, die Ausdrucksbewegungen, ja die ganze Erregung sinnlos; abgesehen von spärlichen Halluzinationen, gelegentlich paranoiden Äußerungen, welche die Umgebung betreffen, vernehmen wir nichts mehr von psychotischen Erlebnissen. Bei einigen unserer Fälle (4, 5 und 7) kann man sich allerdings des Eindrucks nicht erwehren, daß mit dem Mechanismus der motorischen Erregung auch das psychotisch-halluzinatorische Erleben rekapituliert wird. Daß wir davon nichts vernehmen, hängt wohl von psychogenen Momenten ab.

3. Der Vorgang der Absperrung. Dieser ergibt sich aus der Einstellung der Patienten zur Krankheit. Die Krankheit ist für sie ein „noli me tangere"; sie werden, was die Krankheit anbetrifft, immer verschlossener, bewahren ihr gegenüber eine gewisse kritiklose Einstellung oder scheinbare Indifferenz. Einzelne versuchen auch, die Krankheit als harmlos hinzustellen und haben für einzelne Symptome derselben lächerliche Ausreden. Es handelt sich um Selbstschutzmechanismen (wie sie von *Max Müller (Lit. 4)* und *Bertschinger (Lit. 5)* beschrieben wurden), die für Schizophrenie charakteristisch sind.

Diese drei Vorgänge, Automatisierung, Inhaltsverarmung und Absperrung scheinen für unsere periodischen Psychosen besonders typisch zu sein.

Eine weitere typische Eigenschaft dieser periodischen Psychosen ist die relative Wohlerhaltenheit der Persönlichkeit. Trotz jahrelangem Krankseins und unzähligen schweren Erregungszuständen entsteht kein oder nur ein geringer Defekt. Nach jeder Erregungsperiode sind die Patienten affektiv und intellektuell fast wieder hergestellt. Je mehr zyklothyme Eigenschaften in der praepsychotischen Persönlichkeit vorhanden waren, desto besser ist der affektive Rapport in der ruhigen Phase und desto geringer der Defekt. Die Fälle sind derart angeordnet, daß die zyklothymen Konstitutionselemente von 1 bis 7 abnehmen. Dieser Abnahme scheint eine Zunahme des Defekts zu entsprechen. Fall 1 zeigt am meisten zyklothyme Charakterzüge und ist affektiv noch am besten erhalten, während z. B. Fall 7, welcher schon vor der

Erkrankung einen schwer schizoiden Eindruck machte, gegenwärtig die relativ stärkste psychotische Veränderung zeigt.

Auch der Körperbau kann in Beziehung gebracht werden mit der Persönlichkeitsveränderung. Diejenigen Fälle, welche pyknische Körperbaumerkmale zeigen, sind psychisch weniger verändert, während wiederum Fall 7, der einen ausgesprochen leptosomen Körperbau hat, durch seine schizophrene Charakterveränderung auffällt. Wir sehen darin eine Bestätigung der Anschauung von *Kretschmer (Lit. 3), Mauz (Lit. 6)* und andern, welche die Restitutionsfähigkeit mit dem Vorhandensein zyklothymer Eigenschaften in der praepsychotischen Persönlichkeit und pyknischer Merkmale im Körperbau in Zusammenhang bringen.

Organischer Befund.

Die körperlichen Untersuchungen, welche zum Zwecke des Vergleichs nicht nur in der Ruhe, sondern, soweit es möglich war, auch in der Erregung vorgenommen wurden, gaben keine einheitlichen Befunde, und auch der Versuch, durch vergleichende haematologische und physiologisch-chemische Untersuchungen etwas über die Natur der periodischen Erregung zu erfahren, muß als mißlungen angesehen werden, da die Resultate entweder keine typischen Abweichungen zeigten oder aber von Fall zu Fall verschiedene Werte aufwiesen.

In drei Fällen konnte eine leichte Herzdilatation und Hypertrophie festgestellt werden, ein Befund, den man durch die ständige schwere Belastung des Zirkulationssystems während der Erregung sich erklären kann. Die Blutdruckwerte sind sehr verschieden, es kommen niedere und höhere Werte vor; nur in einem Falle (4) zeigt sich eine Steigerung während der Erregungsperiode. Die Blutsenkung war nur in zwei Fällen (1 und 6) beschleunigt und ging parallel einer Leukocytose. Das Blutbild zeigte in zwei Fällen (1 und 6) eine leichte Leukocytose während der Erregungsperiode und parallel dazu eine Vermehrung der Neutrophilen; im übrigen zeigt das Blutbild keine besondern Befunde, insbesondere keine toxische Veränderung.

Des Interesses wegen seien hier die Blutzucker- und RN-Werte noch einmal angeführt:

	Fall	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.
Blutzucker	Erregung	87	47	80	147		74	
	Ruhe . .	91		72	59		36	93
RN-Werte	Erregung	58	73	61	97		45	
	Ruhe . .	53		20	30		22	33

Sie erlauben uns keine Schlüsse über den Chemismus der Erregung zu ziehen. Den Blutzucker finden wir in einem Fall (2) während der Erregungsphase erniedrigt, in einem Fall (4) erhöht. Die RN-Werte sind in vier Fällen (1, 2, 3, 4) erhöht während der Erregungsperiode, in einem Fall (1) auch in der Ruhephase. Letztere Befunde sprechen für eine Vermehrung oder Retention des RN während der Erregungsphase.

Die Urinbefunde zeigten nichts Pathologisches, mit Ausnahme des Falles 5, bei welchem in der Erregungsperiode Eiweiß im Urin auftrat; es handelt sich um einen Fall, bei dem stärkste motorische Erregungen auftraten, und die Eiweißausscheidung erfolgte wohl analog derjenigen bei schweren körperlichen Anstrengungen. Dies ist auch der einzige Fall, bei dem während der Erregungsphase bisweilen Fieber auftrat. Nur in einem einzigen Fall (4), der Steigerung des Blutdruckes, Hyperglykaemie, Erhöhung des RN während der Erregung und eine Hypertrophie des Herzens zeigt, besteht der Verdacht auf eine organische Störung, die parallel der Erregung geht; ob diese auch Ursache der psychotischen Störungen ist, können wir auf Grund der einmaligen blutchemischen Untersuchung nicht entscheiden.

Die neurologischen Befunde sind außerordentlich spärlich; in drei Fällen (1, 3 und 5) wurde während der Erregung eine Pupillenstarre gefunden, d. h. die sehr weiten Pupillen reagierten außerordentlich schwach; die Lebhaftigkeit der Reflexe, das Auftreten des Zitterns können mit der Erregung in Zusammenhang gebracht werden. Das Augenzwinkern, wie auch gewisse unwillkürliche Bewegungen, die meistens nur in der Erregungsphase auftraten, möchten wir nicht als striäre Symptome ansehen und halten sie eher für stereotype Ausdrucksbewegungen, die bei entsprechender Stimmung und Erregung auftreten.

Psychogene Faktoren.

Auf der Suche nach Faktoren, die das periodische Auftreten der Psychose bedingen könnten, muß auch das psychogene Moment in Betracht gezogen werden. *(Staehelin, Lit. 7.)* Vor allem sind es: die sonderbare Einstellung der Patienten zur Krankheit, die dabei sich offenbarenden Mechanismen der Verdrängung und Absperrung, welche uns auf diesen Gedanken führen. Die Analyse der Persönlichkeit, das Assoziationsexperiment, wie auch die Durchforschung des Vorlebens auf neurotische und hysteriforme Reaktionen fielen in dieser Beziehung negativ aus. Die Verdrängungs- und Absperrungserscheinungen sind in der Hauptsache auf das Krankheitsgeschehen beschränkt. Unter den Assoziationsexperimenten finden wir einige mit zahlreichen Komplexreaktionen, der Rest jedoch gehört dem sachlichen Typus an. Es dürfte sich daher bei der Einstellung des Kranken zu dieser Krankheit um eine Erscheinung handeln, die bei Schizophrenen häufig nachgewiesen wurde und die bei den Psychosen mit hyperkinetischen Syndromen besonders regelmäßig aufzutreten scheint. *(Kleist, Lit. 1, Pohlisch, Lit. 8.)*

Wollte man dem psychogenen Faktor bei der Entstehung dieser periodischen Psychosen eine gewisse Rolle zuschreiben, so müßten reaktive Momente eine auslösende Wirkung haben. Wohl knüpft sich der Ausbruch der Erregungsperiode hin und wieder an äußere Anlässe, Streitigkeiten usw., doch zeigt die genauere Beobachtung, daß die beginnende Erregung das primäre und die Streitigkeit das sekundäre Moment ist. Im Gegenteil, wir haben den Eindruck, daß das reaktive Moment eine geringe Rolle spielt.

Exogene Faktoren.

In der Literatur wird dem exogenen Moment bei der Entstehung der hyperkinetischen Psychosen eine große Rolle zugeschrieben. Durchgehen wir unsere Fälle, so finden wir sehr wenig Anhaltspunkte für diese Annahme. Infektionskrankheiten, die als auslösender Faktor gelten könnten, sind nicht nachzuweisen, Intoxikationen ebenfalls nicht. Wir finden zwar in zwei Fällen (1 und 3) Alkoholabusus erwähnt, doch tritt dieser erst im Verlaufe der Erkrankung als Symptom der geistigen Veränderung

auf und kann für die Periodizität nicht verantwortlich gemacht werden.

Endokrine Faktoren.

Im Körperbau lassen sich keine pathologischen, endokrinen Einflüsse nachweisen, abgesehen von einer mäßigen Struma in vier Fällen. Das Genitale zeigt bei den Männern normale Bildung, die sekundären Geschlechtsmerkmale sind in allen Fällen vorhanden. Menstruationsstörungen bei den Frauen fehlen. Es zeigt sich bei unsern weiblichen Fällen kein wesentlicher Zusammenhang zwischen Erregung und Menstruation; in einem Falle wird eine Steigerung der Erregtheit während der Menstruation festgestellt, im übrigen aber tritt diese bald während, bald zwischen den Erregungsphasen auf; in einem Falle wurde der Zyklus durch das Sistieren der Menses nicht geändert. Krankheiten der Hypophyse und der Nebennieren lassen sich auf Grund des körperlichen Befundes ausschließen.

Die Diagnose.

Wie sich aus den Krankengeschichten ergibt, bietet die Diagnosestellung erhebliche Schwierigkeiten. Im ersten Falle lautet die Diagnose: manisch-depressive Mischpsychose, in den übrigen Fällen: Schizophrenie (Katatonie oder Paranoid) mit periodischem Verlauf. Auch unsere Krankheitsfälle müssen daher als mehr oder weniger atypische Psychosen bezeichnet werden. Sie gehören somit zu jener Gruppe von Geisteskrankheiten, deren Einreihung in das System von Krankheitseinheiten, wie es *Kraepelin (Lit. 9)* aufgestellt hatte, von jeher Schwierigkeiten machte.

Nachdem der Versuch *Kraepelins (Lit. 10),* einen großen Teil dieser Fälle als manisch-depressive Mischpsychosen darzustellen, gescheitert, unternahm es *Kretschmer (Lit. 3)* mit Hilfe seiner Hypothese von den Konstitutionskreisen, auf deren Boden die endogenen Psychosen sich entwickeln, die atypischen Geisteskrankheiten zu erklären. Es handelt sich nach ihm um Mischzustände, „Legierungen“ aus Elementen zweier verschiedenen Krankheitsformen. So entstehen Manien und Melancholien mit katatonen Zustandsbildern und mit Ausgang in schizophrenen Defekt, ferner Schizophrenien mit periodischem Verlauf, guten

Remissionen, mit relativ wohlerhaltener Persönlichkeit auch nach längerer Krankheitsdauer, mit manischen und depressiven Symptomen. Es liegt nahe, auch die periodischen Psychosen, wie wir sie beschrieben, als Mischspychosen in *Kretschmer*schem *(Lit. 3)* Sinne zu deuten. Pyknisch-zyklothyme Merkmale der Konstitution, manische Zustandsbilder, mangelnder Zerfall, neben leptosom-schizothymen Konstitutionselementen, schubähnlichem Beginn, katatonen und paranoiden Symptomen sprechen für diese Annahme. Beweisen läßt sich letztere jedoch für die untersuchten Fälle nicht, da uns die Heredität keine sichern Anhaltspunkte dafür liefert. Eine Belastung mit Schizophrenie *und* manisch-depressivem Irresein läßt sich in keinem Falle nachweisen. Elemente beider Konstitutionskreise sind jedoch bei allen zu finden. Was die beschriebenen Fälle von diesen Mischpsychosen unterscheidet, ist die Kürze der Perioden und die Besonderheit des Krankheitsbildes, bei welchem die affektive Schwankung gegenüber der kinetischen zurücktritt.

Auf der Suche nach den Krankheitsbildern, bei welchen die motorische Erregung vorherrscht, stoßen wir in der Literatur auf die Motilitätspsychosen *Wernickes (Lit. 11).* Diese umfassen jedoch Fälle von sehr verschiedenem, exogenen und endogenen Ursprung. Auch *Bleuler (Lit. 12)* erwähnt bei der Schilderung der katatonen Zustände Krankheitsbilder, die durch Mischung von katatonen Symptomen mit melancholischen und manischen Zuständen zustande kommen und die in ihren Extremen den akinetischen und hyperkinetischen Motilitätspsychosen *Wernickes (Lit. 11)* entsprechen. Sodann versuchte *Kleist (Lit. 1),* nachdem er alle jene Fälle, die durch exogene Ursache oder endogene Defektprozesse hervorgerufen werden, ausgeschieden, den Rest als eine besondere autochthone Psychose zu deuten und reihte sie in seinem System unter die zykloiden Randpsychosen. Die Motilitätspsychosen *Kleists (Lit. 1)* sind bekanntlich dadurch charakterisiert, daß sie autochthon entstehen, in mehrmaligen Phasen verlaufen und keine Defekte hinterlassen. Das hyperkinetische Krankheitsbild dieser Fälle unterscheidet sich von den katatonen Erregungen durch den Reichtum an Pseudospontan- und Expressivbewegungen, durch motorische Ablenkbarkeit, durch das Fehlen von Begriffs- und Sprachzerfall, von dem manisch-depressiven Irre-

sein durch die Kürze der Erregungsphasen. Nach *Kleist (Lit. 1)* hat *Pohlisch (Lit. 8)* das hyperkinetische Syndrom beschrieben und untersucht und aus der Tatsache, daß dasselbe beim manisch-depressiven Irresein, in schizophrenen Verläufen und bei exogenen Prozessen vorkommt, geschlossen, daß es mit keinem der großen Formenkreise etwas zu tun hat. *Ewald (Lit. 13)* glaubt, aus *Pohlischs (Lit. 8)* Untersuchungen den Schluß ziehen zu können, daß das hyperkinetische Syndrom dem manisch-depressiven Irresein einzuordnen sei. In jüngster Zeit hat *K. Schneider (Lit. 14)* Stellung zu den *Kleist*schen *(Lit. 1)* Motilitätspsychosen genommen. Nach ihm verdient die Motilitätspsychose eine Sonderstellung und Abtrennung von schizophrenkatatonischen Psychosen. Bei Besprechung der Motilitätspsychosen äußert sich *J. Lange (Lit. 15)* zusammenfassend dahin, daß man bei den einfachen, rezividierenden und periodischen Motilitätspsychosen neben zirkulären Konstitutionsbestandteilen eine vielleicht erbliche, jedoch in ganz verschiedenem Grade ausgeprägte Ansprechbarkeit des hyperkinetischen Syndroms, die zudem wohl noch lebensepisodisch mehr oder weniger fixiert sei, und endlich eine verschieden große Neigung des hyperkinetischen Syndroms, gerade auf exogene Noxen anzusprechen, anzunehmen habe. Wo sich dieses Syndrom aber in den zahlreichen Phasen regelmäßig wiederholt, ja wo sogar offenbar schon leichteste endogene Schwankungen hinreichen, die Hyperkinesen zur Erscheinung zu bringen, werde man eine sehr große Labilität vermutlich erblicher Art der entsprechenden Systeme annehmen müssen.

Die Krankheitsbilder, wie sie *Kleist (Lit. 1)* für die Motilitätspsychosen und *Pohlisch (Lit. 8)* für das hyperkinetische Syndrom gezeichnet, decken sich im großen und ganzen mit denjenigen unserer Fälle. Hauptsymptom ist die Hyperkinese, die bei den einen mehr spielerischen, faxenhaften Charakter hat, bei den andern elementarischer oder differenzierter Ausdruck der Erregung und Stimmung ist. Nicht nur die Bewegungsphänomene, sondern auch der gesamte Erregungsablauf erliegen im Verlauf der Jahre dem Vorgang der Automatisierung, Stereotypisierung und des Einförmigwerdens, bekommen also, wenn sie es nicht von Anfang an hatten, ein katatones Gepräge. Auch in der Verlaufsart stimmen unsere Fälle mit den Motilitätspsychosen *Kleists (Lit. 1)* überein.

Es kommen ebenfalls rekurrierende, protrahierte psychomotorische Erregungsformen und zyklische Verläufe vor. Doch ist hervorzuheben, daß bei den letztern die akinetischen Zustände sich nicht so sehr in Untätigkeit zeigen, als vielmehr in Mangel an Spontanität, Initiative und Interesse. Im Gesamtverlauf jedoch unterscheiden sich unsere periodischen Psychosen von den gewöhnlichen Motilitätspsychosen, was sicherlich z. T. mit der Auswahl unserer Fälle zusammenhängt; wurden doch nur solche Fälle beschrieben, die schon seit Jahren diesen periodischen Verlauf zeigen. Trotz mangelndem Persönlichkeitszerfall, trotz guten Remissionen bleiben nämlich diese Kranken in der Anstalt oder kehren immer wieder in diese zurück. Es besteht also bei dieser Gruppe von Hyperkinesen eine äußerst starke Neigung zu Rezidiven, die den Gesamtverlauf im Gegensatz zu den gewöhnlichen Motilitätspsychosen ungünstig gestalten. *Eine* Bedingung für die außerordentlich starke Rezidivneigung und damit auch für die Periodizität dürfte im Vorgang der Automatisierung liegen, der die Bereitschaft erhöht, so daß bereits geringe Schwankungen im Organismus genügen, um den Mechanismus der Erregung auszulösen. Das zweite Moment, einen den bereitliegenden Mechanismus periodisch anlassenden Faktor für alle Fälle nachzuweisen, gelang uns nicht. Eine befriedigende Erklärung konnten uns weder die Nachforschungen über die Heredität der Fälle, noch die Resultate der körperlichen und psychiatrischen Untersuchungen geben.

Es erhebt sich auch die Frage nach der Zugehörigkeit der beschriebenen periodischen Psychosen zum epileptischen Kreis. Hereditär bestehen allerdings in einem Falle sichere und in zwei weitern Fällen unbestimmte Beziehungen zur Epilepsie. Im praepsychotischen Krankheitsbilde der untersuchten Patienten ließen sich keine epileptoide Merkmale nachweisen. Auch der Krankheitsverlauf bietet, abgesehen von anfallsweisen Auftreten der Störungen, keine Anhaltspunkte. Nur in einem Falle (4) ähnelt das Krankheitsbild einem Dämmerzustand, in den übrigen fehlt jede Bewußtseinstrübung, wie wir sie in den epileptischen Ausnahmezuständen, insbesondere auch den episodischen Dämmerzuständen *Kleists (Lit. 16)* finden. Die Unterbrechbarkeit der Phasen, sodann das plötzliche Wiederherstellen des Kontaktes mit der Umwelt

für kurze Zeit, fehlt den epileptoiden Psychosen und scheint für die geschilderten Erregungszustände typisch zu sein.

Angesichts der fehlenden erblichen Belastung mit MDI (nur in einem Falle konnte in der weitern Verwandtschaft ein zirkuläres Irresein nachgewiesen werden) und der geringen Vertretung manisch-depressiver Zustandsbilder wird auch der Zusammenhang dieser periodischen Psychosen mit dem MDI zweifelhaft. Will man nicht eine besondere Krankheitsgruppe aus den Motilitätspsychosen schaffen, so erhebt sich die Frage, ob diese besondere Gruppe der Motilitätspsychosen nicht doch in den Kreis der schizophrenen Erkrankungen gezählt werden müssen. Mit Ausnahme eines Falles (1, Mischpsychose), trugen alle bisher die Diagnose Schizophrenie (Katatonie oder Paranoid). Allerdings könnten sie wegen fehlendem Zerfall der Persönlichkeit nicht zu den Schizophrenien im engern Sinne, zur Verlaufs-, Zerfallschizophrenie gerechnet werden. Doch spricht der Beginn in Form eines Schubes mit psychotischen Erlebnissen, Halluzinationen, paranoiden Wahnideen, inkohärentem Denken, die Art der Erregung, die der kantatonen Hyperkinese näher liegt als der manischen Betriebsamkeit, für die Einreihung in den schizophrenen Kreis. Charakteristisch für diese Gruppe der Schizophrenien würde die Erhaltung der Persönlichkeit, das Vorherrschen der motorischen Störungen, die Tendenz zur Periodizität und der Vorgang der Absperrung und Automatisierung sein. Die Diagnose unserer Fälle hängt somit letztlich von der Abgrenzung der Schizophrenie ab, die in letzter Zeit wieder etwas schwankend und unsicher geworden ist.

Zusammenfassung.

Es wurden sieben Fälle von periodischem Irresein beschrieben und untersucht. Allen gemeinsam ist das Vorherrschen der motorischen Erregung im Krankheitsbilde, ferner die Erscheinungen der Automatisierung, der inhaltlichen Verarmung und der Absperrung der Krankheit. Der Krankheitsverlauf ist charakterisiert durch hartnäckig, z. T. periodisch rezidivierende Erregungszustände von verhältnismäßig kurzer Dauer und durch den geringern Grad der Persönlichkeitsschädigung.

Heredität: erbliche Belastung mit manisch-depressivem Irresein kommt bloß in *einem* Falle vor, mit Schizophrenie in zwei Fällen, mit Schizoidie in einem Falle. Bei zwei Patienten konnte keine bestimmte erbliche Belastung festgestellt werden. Pyknisch-cyklothyme Konstitutionselemente bei den nächsten Verwandten fanden sich in allen Fällen.

Körperbau: fünf Patienten zeigen vorwiegend leptosomen, zwei vorwiegend pyknischen Körperbau.

Praepsychotische Persönlichkeit: alle Fälle zeigen vor der Erkrankung schizothyme Charakterzüge. Bei zwei Patienten sind daneben auch cyklothyme Persönlichkeitsmerkmale nachzuweisen.

Organischer Befund: eine einheitliche organische, insbesondere endokrine Ursache für die periodischen Störungen ließ sich nicht nachweisen.

Exogene, toxische Ursachen für das periodische Irresein konnten ebenfalls nicht gefunden werden.

Psychogene, reaktive Faktoren spielen bei der periodischen Entstehung der Erregungszustände wahrscheinlich nur eine sekundäre Rolle.

Literaturverzeichnis.

1. *Kleist K.* Über zykloide, paranoide, epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. Schweiz. Archiv für Neurologie und Psychiatrie. B. XXIII, 1928.
2. *Guttmann E.* Beobachtungen bei Chorea minor. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. B. 107, 1927.
3. *Kretschmer E.* Körperbau und Charakter. Berlin 1931.
4. *Müller Max,* cit. nach *Mayer-Groß M.,* Klinik der Schizophrenie in Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten. B. IX, 1932.
5. *Bertschinger,* cit. nach *Mayer-Groß M.,* Klinik der Schizophrenie in Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten. B. IX, 1932.
6. *Mauz F.* Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig 1930.
7. *Staehelin J. E.* Über die Entstehung periodischer Geistesstörungen. Schweiz. Archiv für Neurologie und Psychiatrie. B. XXVII, 1931.
8. *Pohlisch K.* Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. Berlin 1925.
9. *Kraepelin E.* Psychiatrie, Leipzig. 1909—1915.
10. *Kraepelin E.* Klinische Psychiatrie. Leipzig 1927.
11. *Wernicke.* Motilitätspsychose, cit. nach *Kleist K.,* Über die klinische Stellung der Motilitätspsychose. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. B. 69, 1912.
12. *Bleuler E.* Schizophrenie, im Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg 1911.
13. *Ewald G.* Über Motilitätspsychosen. Archiv für Psychiatrie. B. 76, 1926.
14. *Schneider K.* Probleme der klinischen Psychiatrie. Leipzig 1932.
15. *Lange J.* Atypische Gestaltung der endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen, in Bumkes Handbuch der Geisteskrankheit. 1928.
16. *Kleist K.* Über episodische Dämmerzustände. Leipzig 1926.

Lebenslauf.

Ich, Louis Blankart, bin in Luzern, wo ich auch heimatberechtigt bin, am 23. September 1902 geboren, als Sohn des Charles Blankart, Bankdirektor, und der Maria Kempter. Ich besuchte die Primarschulen der Stadt Luzern, machte die Gymnasialstudien an der Kantonsschule in Luzern und schloß sie im Sommer 1923 mit der Matura ab. Das Medizinstudium, zu dem ich mich entschloß, absolvierte ich, abgesehen von einem klinischen Semester in Paris, an der Universität Zürich. Nach zwei Semestern bestand ich das erste Propädeutikum, nach fünf das zweite und nach elf Semestern, 1929, das medizinische Staatsexamen. Nachher war ich vorübergehend am Lungensanatorium in Agra bei Lugano als Volontärassistent tätig. 1½ Jahre war ich sodann Abteilungs-Arzt an der Heil- und Pflegeanstalt St. Urban, Kanton Luzern. Seit Sommer 1932 bin ich Assistent am Kantonsspital in Luzern.